

ARETUSA KOUTSOHRISTOS JANNUZZI CARNEIRO

ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E CRENÇAS  
PESSOAIS DE PESSOAS VIVENDO COM  
HIV/AIDS EM TRATAMENTO NO  
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências.

**Área de Concentração:** Infectologia em Saúde Pública  
**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elvira Maria Ventura Filipe

SÃO PAULO

2015

## **FICHA CATALOGRÁFICA**

Preparada pelo Centro de Documentação – Coordenadoria de Controle de Doenças/SES-SP

©reprodução autorizada pelo autor, desde que citada a fonte

Carneiro, Aretusa Koutsoristos Jannuzzi.

Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento no Instituto de Infectologia Emílio Ribas/ Aretusa Koutsoristos Jannuzzi Carneiro. – 2015.

Tese (Doutorado em Ciências) - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças, São Paulo, 2015.

Área de concentração: Infectologia em Saúde Pública.

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elvira Maria Ventura Filipe.

1. Espiritualidade. 2. Qualidade de Vida. 3. HIV. 4. AIDS

SES/CCD/CD-314/2015

## DEDICATÓRIA

Ao meu eterno companheiro,  
amado e abençoado esposo:

*Luciano,*

por continuar ao meu lado

em tantos momentos difíceis e turbulentos,

e aos meus Presentes de Deus, minhas filhas:

*Bianca e Helena.*

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Gilda e Zois, exemplo de ética e sucesso, pelo incondicional apoio, pela companhia constante, pelas orações e palavras tão sábias em momentos tão decisivos.

Às minhas queridas irmãs, Michele e Tatiana, ao meu cunhado George e aos meus amados sobrinhos Georjinho e Giulia, obrigada pela paciência em diversos momentos tensos, pela amizade, carinho e pela certeza de que eu chegaria aqui.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elvira Maria Ventura Filipe, ao Prof. Dr. Roberto Focaccia, ao Dr. Edgar de Bortholi Santos e a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Paula Opromolla, todos a quem admiro muito pela competência e capacidade intelectual, agradeço pela paciência e confiança em minha evolução acadêmica.

Aos meus queridos amigos e padrinhos, Ana Lydia e Cláudio, Marcos Broglio, Elaine Duran e Camila Molinari, pela hospedagem, caronas e conselhos.

À amiga Mônica Ferreira Dias, pelas palavras sábias e pontuais.

Às secretárias da Pós Graduação, Caroline e Tirces.

Aos meus amigos: Maria Rita, Yolanda, Paulo, Dra. Lana e Dr. Francisco por toda atenção, apoio e presença, durante as disciplinas cursadas e em tantos outros encontros e momentos, durante a elaboração desta Tese.

## RESUMO

O contexto de vida de pessoas vivendo com HIV/ aids (PVHA) vem melhorando, com aumento da sobrevivência e redução de internações e mortalidade, mas a adesão à terapia antirretroviral (TARV) é crucial para uma perspectiva de vida longa e com qualidade. Estudos sugerem estreita relação entre religiosidade e espiritualidade (R/E) e qualidade de vida (QV), com associações positivas e negativas à saúde física e mental. Como aspectos de R/E manifestam-se frequentemente em pacientes sob tratamentos médicos, este trabalho buscou avaliar a influência de R/E na percepção da QV, em PVHA recebendo TARV, questionando: Será a R/E condição suficiente para melhorar a QV – ou sua percepção – em PVHA? Serão necessárias também alterações objetivas (laboratoriais) de condição clínica ou imunológica para alterar QV? Foram estudados 225 pacientes ambulatoriais do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, entre 2013 e 2015, através do questionário WHOQOL-SRPB (Organização Mundial de Saúde), que avalia QV segundo R/E. Dados laboratoriais (carga viral e contagem sérica de linfócitos-TCD4+) foram obtidos nos prontuários eletrônicos. Predominaram católicos (32,0%) e evangélicos (24,0%), sendo 5,8% ateus/agnósticos e 4,9% “espiritualizados sem religião”. 203 pacientes (90,2%) possuíam exames de carga viral, na maioria indetectável (n=147, 72,4% dos válidos); 201 pacientes (89,3%) possuíam contagens de CD4, maioria com resultados favoráveis (n=174, 86,6% dos válidos). Comparando-se os pacientes “R/E” com “ateus/agnósticos”, observaram-se maiores escores de QV (por domínio e soma final) no grupo “R/E”, principalmente nos domínios 1 (“Conexão a ser ou força espiritual”), média 14,98 (dp=3,94) contra 6,08 (dp=3,63); 5 (“Força espiritual”), 15,84 (dp=3,39) contra 8,85 (dp=5,32) e 8 (“Fé”), 16,36 (dp=3,72) contra 7,54 (dp=4,33), mas sem diferença estatística. A média dos escores finais de QV foi 125,60 (dp=20,09) para “R/E” e 92,31 (dp=19,96) para “ateus/agnósticos”. Não houve diferença estatística nas contagens de CD4 e carga viral entre estes grupos. Conclui-se que a R/E apresenta efeito positivo na percepção de QV

em PVHA, em relação a pacientes que se declararam sem crença. Nos casos estudados, não foi necessária associação de dados laboratoriais indicativos de tratamento desfavorável ou piora clínica para alterar QV, permanecendo os maiores escores relacionados à R/E.

*Palavras-chave: qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais, WHOQOL, WHOQOL-SRPB, HIV, aids*

## ABSTRACT

The context of living with the HIV virus has been improving, with increased life expectancy, fewer admissions and lower mortality, but adherence to the highly active antiretroviral therapy (HAART) is crucial to foresee a longer and worthwhile life. Studies have suggested a tight relationship between religiousness/spirituality (R/S) and quality of life (QOL), with positive and negative associations to physical and mental health. Since R/S aspects appear frequently in patients under medical treatments, this study aimed to assess the influence of R/S on QOL perception, in people living with HIV (PLWHIV) receiving HAART, inquiring: Is R/S alone enough to improve QOL – or its perception – in PLWHIV? Are any objective abnormalities (laboratory tests) in patients' clinical or immune condition also necessary to alter QOL? 225 outpatients from Instituto de Infectologia Emílio Ribas (São Paulo/SP, Brazil) were enrolled, from 2013 to 2015, responding to the WHOQOL-SRPB questionnaire (World Health Organization), which assesses QOL through R/S aspects. Laboratorial tests results (viral load and T-CD4+ lymphocytes blood count) were obtained from electronic patients' records. Predominating religions were Catholics (32,0%) and Evangelicals (a branch of Protestantism, 24,0%), with 5,8% of atheists/agnostic and 4,9% of "spiritualized with no religion". 203 patients (90,2%) had available viral load data, most of them undetectable (n=147, 72,4% of valid ones); 201 patients (89,3%) had available T-CD4+ counts, most of them favorable (n=174, 86,6% of valid ones). Comparing "R/S" patients with those atheists/agnostic, higher QOL mean scores were observed (by facet and final score) on the "R/S" group, mainly on facets 1 ("Connection to a Spiritual Being"), 14,98 (sd=3,94) opposed to 6,08 (sd=3,63); 5 ("Spiritual Strength"), 15.84 (sd=3.39) opposed to 8.85 (sd=5.32) and 8 ("Faith"), 16.36 (sd=3.72) opposed to 7.54 (sd=4.33), but with no statistical significance. Mean final scores for QOL were 125.60 (sd=20.09) for the "R/S" group and 92.31 (sd=19.96) to atheists/agnostic. There was no statistical difference in CD4 and viral load counts between these groups. Conclusions: R/S has a positive effect on QOL perception in

PLWHIV, as opposed to patients who declared having no beliefs. Considering the studied population, no abnormalities in laboratory tests were necessary to alter QOL, being the higher mean scores related to R/S.

*Key words: quality of life, spirituality, religiousness, personal beliefs, WHOQOL, WHOQOL-SRPB, HIV, aids*

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
DES	<i>Daily Spiritual Experiences Scale</i>
DST	doenças sexualmente transmissíveis
ENONG	Encontro Nacional de Organizações Não Governamentais que trabalham com aids
FACIT	<i>Functional Assessment of Cancer Therapy</i>
FACIT-SP	<i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy- Spiritual Well-Being</i>
HIV	<i>human immunodeficiency vírus</i> (vírus da imunodeficiência humana)
HSH	homens que fazem sexo com homens
OMS	Organização Mundial de Saúde
PVHA	peessoas vivendo com HIV/ aids
TARV	terapia antirretroviral
QV	qualidade de vida
R/E	religiosidade e espiritualidade
SRPB	<i>spirituality, religion, and personal beliefs</i> (espiritualidade, religião e crenças pessoais)
SWB	<i>Spiritual Well-Being</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL-SRPB	<i>World Health Organization Quality of Life - spirituality, religiousness and personal beliefs</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
WHOQOL-HIV-Bref	<i>World Health Organization Quality of Life- HIV-bat reference documents</i>

## LISTA DE TABELAS, QUADROS, GRÁFICOS E FIGURAS

<b>Figura 1</b> Versão histórica-tradicional da religiosidade e espiritualidade ....	22
<b>Figura 2</b> Versão moderna da religiosidade e espiritualidade .....	23
<b>Figura 3</b> Versão moderna-tautológica da religiosidade e espiritualidade ..	23
<b>Figura 4</b> Versão clínica-moderna da religiosidade e espiritualidade .....	24
<b>Quadro 1</b> Conceitos de Religiosidade e Espiritualidade .....	34
<b>Quadro 2</b> Itens e domínios do questionário WHOQOL-SRPB .....	43
<b>Tabela 1</b> Características sócio-demográficas da amostra .....	49
<b>Figura 5</b> Distribuição da amostra de acordo com crença e faixa etária.....	51
<b>Figura 6</b> Distribuição da amostra por crença, em ambos os sexos .....	52
<b>Figura 7</b> Distribuição das crenças entre os respectivos sexos.....	53
<b>Figura 8</b> Distribuição da amostra considerando-se todas as situações conjugais e respectivas crenças.....	54
<b>Figura 9</b> Distribuição de crenças, considerando-se situação conjugal com (casados) ou sem companhia (solteiros, separados e viúvos).....	55
<b>Figura 10</b> Distribuição das diferentes crenças de acordo com o grau de escolaridade.....	56
<b>Figura 11</b> Distribuição do grau de escolaridade entre as diferentes crenças.....	57
<b>Figura 12</b> Distribuição de crenças entre as diferentes classes.....	58
<b>Tabela 2</b> Frequência de dados laboratoriais disponíveis avaliados (contagem numérica de carga viral HIV, contagens de linfócitos CD4 e CD8 e relação CD4/CD8).....	60
<b>Quadro 3</b> Médias dos escores por domínios, em ordem decrescente.....	62
<b>Quadro 4</b> Médias dos escores por domínios e crenças.....	63
<b>Tabela 3</b> Relação entre crença religiosa e carga viral .....	65
<b>Tabela 4</b> Relação entre crença religiosa e linfócitos CD4 .....	66
<b>Tabela 5</b> Relação entre crença religiosa e linfócitos CD8 .....	67
<b>Tabela 6</b> Relação entre crença religiosa e relação CD4/CD8 .....	68

<b>Figura 13</b> Domínios <i>versus</i> grupos religiosos: escores menores demonstrados nos grupos de ateus/agnósticos.....	69
<b>Tabela 7</b> Relação entre grupos religiosos e carga viral .....	70
<b>Tabela 8</b> Relação entre grupos religiosos e linfócitos CD4 .....	70
<b>Tabela 9</b> Relação entre grupos religiosos e linfócitos CD8 .....	71
<b>Tabela 10</b> Relação entre grupos religiosos e relação CD4/CD8 .....	71
<b>Tabela 11</b> Escores dos diferentes domínios de acordo com a crença religiosa .....	73
<b>Figura 14</b> Escores do domínio 1 (Conexão a ser): Religiosos <i>versus</i> Ateus/Agnósticos.....	74
<b>Figura 15</b> Escores do domínio 2 (Sentido na Vida): Religiosos <i>versus</i> Ateus/Agnósticos.....	74
<b>Figura 16</b> Escores do domínio 3 (Admiração): Religiosos <i>versus</i> Ateus/Agnósticos.....	75
<b>Figura 17</b> Escores do domínio 4 (Totalidade e integração): Religiosos <i>versus</i> Ateus/Agnósticos.....	75
<b>Figura 18</b> Escores do domínio 5 (Força espiritual): Religiosos <i>versus</i> Ateus/Agnósticos.....	76
<b>Figura 19</b> Escores do domínio 6 (Paz interior): Religiosos <i>versus</i> Ateus/Agnósticos.....	76
<b>Figura 20</b> Escores do domínio 7 (Esperança e otimismo): Religiosos <i>versus</i> Ateus/Agnósticos.....	77
<b>Figura 21</b> Escores do domínio 8 (Fé): Religiosos <i>versus</i> Ateus/Agnósticos.....	77
<b>Figura 22</b> Escores finais dos domínios: Religiosos <i>versus</i> Ateus/Agnósticos.....	78
<b>Tabela 12</b> Associação entre resultados imunológicos e crença .....	79
<b>Figura 23</b> Situação conjugal <i>versus</i> escores finais dos questionários. Distribuição entre todas as situações conjugais e comparação entre situações “sem companhia” (solteiros, separados e viúvos) e casados.....	79

<b>Figura 24</b> Ocupação versus escores finais dos questionários. Distribuição entre todas as ocupações e comparação entre situações “sem atividade” (do lar, aposentados, auxílio-doença, desempregados e estudantes) e “com atividade” (autônomos e empregados).....	80
<b>Figura 25</b> Associação entre grau de escolaridade e escores finais dos questionários.....	81

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
1.1. Aspectos epidemiológicos de HIV/aids no Brasil e na Região Sudeste.....	11
1.2. Qualidade de vida e aids.....	14
1.3. Religião no Brasil.....	18
1.4. Definição de religiosidade e espiritualidade.....	21
1.4.1. Mensuração/ medidas de espiritualidade.....	26
1.4.2. Pesquisas publicadas .....	29
1.4.3. Relação com saúde física.....	32
1.4.4. Definições de saúde.....	33
1.5. Espiritualidade e religiosidade <i>versus</i> saúde e sua relação com HIV/aids.....	33
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>39</b>
<b>3. MÉTODO .....</b>	<b>40</b>
3.1. Desenho do estudo .....	40
3.2. Amostra .....	40
3.3. Critérios de Inclusão/Exclusão.....	41
3.4. Instrumentos .....	42
3.5. Procedimentos .....	45
3.6. Análise e tratamento dos dados .....	46
3.7. Aspectos éticos .....	46
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>48</b>
4.1. Dados demográficos .....	48
4.2. Dados laboratoriais .....	59
4.3. Dados do questionário WHOQOL-SRPB .....	61
4.4. Associações .....	62
4.4.1. Crenças e escores do questionário por domínio.....	62
4.4.2. Crenças e dados laboratoriais.....	64
4.4.3. R/E e escores dos domínios.....	69

4.4.4. Situação conjugal e escores.....	79
4.4.5. Ocupação e escores.....	80
4.4.6. Escolaridade e escores.....	81
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>82</b>
5.1. Limitações do estudo .....	88
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>90</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>108</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Conforme a Constituição da República Federativa do Brasil, as pessoas portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou doentes da síndrome por ele causada (aids), assim como todo e qualquer cidadão brasileiro, tem obrigações e direitos garantidos. O artigo 196 da Carta Magna afirma que *“Saúde é um direito de todos e um dever do Estado.”* Mais especificamente no caso da aids, esse direito é um sinônimo do direito à própria vida, a ser vivida com dignidade e pleno acesso a uma Saúde Pública de qualidade (Brasil, 1989).

Em 1989, durante o Encontro Nacional de Organizações Não Governamentais que trabalham com aids (ENONG), em Porto Alegre/RS, foi elaborada e aprovada a *“Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da aids”* que, em seu parágrafo II, transcreve: *“Todo portador do vírus da aids tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantido sua melhor qualidade de vida”*.

O contexto de vida de pessoas vivendo com HIV/ aids (PVHA) vem-se modificando nos últimos anos, em grande parte por causa dos avanços relacionados ao surgimento da terapia antirretroviral (TARV), que resultaram em aumento da sobrevida, diminuição das internações por doenças oportunistas e queda da mortalidade (Marins et al., 2003).

Com o advento da TARV, a aids assumiu características de doença crônica, em especial nos países onde o acesso aos medicamentos é efetivamente garantido (Baer, Roberts, 2002; Brasil, 2008; Wu, 2000). Com a cronicidade, surgem outros desafios, determinando-se a necessidade de novas práticas relacionadas ao tratamento no cotidiano das PVHA.

Os objetivos da TARV são reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida (QV) das pessoas, por meio da supressão viral, o que permite retardar ou evitar o surgimento da imunodeficiência. Os resultados obtidos com o tratamento – a redução progressiva da carga viral e a

manutenção e/ou restauração do funcionamento do sistema imunológico – tem sido associados a benefícios marcantes na saúde física das pessoas soropositivas, permitindo que elas retomem e concretizem seus projetos de vida (Bastos, 2006).

A adesão ao tratamento assume importância crucial diante da perspectiva de uma vida longa e com qualidade. Estudos indicam que a eficácia do tratamento, expressa nos níveis de supressão viral, exige que o uso do esquema terapêutico deva ser igual ou superior a 95% das doses prescritas. A adesão insatisfatória pode estar associada ao desenvolvimento de resistência viral (Paterson et al., 2000; Philips et al., 2005; Smith, 2004).

Nesse contexto, religiosidade e espiritualidade são frequentemente citadas como fatores protetores à saúde e representam características adaptativas da vida (Cucchiaro, 2007; Koenig et al., 1998, Levin, 1987, Seligman, 2000).

Existe crescente valorização da perspectiva do paciente para compreensão do fenômeno saúde–doença. Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais são dimensões extremamente valorizadas em diferentes culturas, particularmente com relação à população doente (Koenig et al., 2001, Levin, 1987).

Estudos sugerem estreita relação entre religiosidade e espiritualidade (R/E) e QV. Enquanto alguns mostram associações positivas da dimensão espiritual/religiosa com as dimensões social e psicológica de QV (bem-estar, satisfação de vida, estabilidade no casamento, valores pró-sociais), outros mostram associações negativas (ansiedade, depressão, suicídio e comportamentos de risco) (Koenig et al., 2001, Levin, 1987). Contudo, a maioria dos instrumentos que avaliam QV não incluem R/E como domínios próprios – ou restringem-se à sua inclusão em outros domínios, como psicológico e social. Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu o Módulo SRPB (espiritualidade, religião e crenças pessoais) para o WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), numa perspectiva transcultural (WHOQOL SRPB Group, 2006).

Seguindo a metodologia do grupo WHOQOL, 18 centros em 15 países (incluindo o Brasil), distribuídos em quatro regiões (América, Oriente Médio, Europa e Ásia), organizaram 92 grupos focais para revisar as facetas SRPB propostas por especialistas e sua importância, e também para sugerir a eventual inclusão de novos itens. Foi realizado teste-piloto multicêntrico com 15 facetas e 105 itens, resultando num instrumento com oito facetas ou domínios e 32 itens.

Um princípio que fundamenta o desenvolvimento do WHOQOL-SRPB é o de que, partindo da perspectiva de avaliação da QV, ter uma crença profunda – religiosa ou não – poderia dar um significado transcendental à vida e às atividades do dia-a-dia, funcionando como uma estratégia para conseguir lidar com o sofrimento humano e os dilemas existenciais. Concordamos com Moreira-Almeida e Koenig (2006) quando afirmam que *“a aceitação do materialismo histórico do Marxismo pode dar às pessoas uma forte percepção de sentido da vida e de otimismo (crendo no desenvolvimento futuro da sociedade na direção de uma sociedade comunista), de tal forma que muitas pessoas dedicaram suas vidas a essa ideologia de maneira voluntária. Contudo, provavelmente se sentiriam ofendidas ao serem chamadas de espiritualizadas ou religiosas”* (p. 844).

Essa é exatamente a perspectiva do WHOQOL-SRPB: muitas crenças pessoais (por exemplo: crenças espirituais, religião, Marxismo, psicanálise) podem funcionar como uma estratégia para se conseguir lidar com os problemas, pois dão significado ao comportamento humano e, hipoteticamente, influenciam a QV (Moreira-Almeida e Koenig, 2006).

*A espiritualidade* coloca questões a respeito do significado da vida e da razão de viver, não se limitando a alguns tipos de crenças ou práticas. A religião é definida como a crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte de seu corpo (Moreira-Almeida e Koenig, 2006).

*Religiosidade* é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Embora haja uma considerável sobreposição entre as

noções de R/E, esta difere da outra pela clara sugestão de um sistema de adoração e doutrina específica que é partilhada com um grupo (Moreira-Almeida e Koenig, 2006).

*Crenças pessoais* podem ser quaisquer crenças ou valores que um indivíduo sustenta e que formam a base de seu estilo de vida e de seu comportamento. Embora possa haver uma sobreposição com o conceito de espiritualidade, as crenças pessoais não são necessariamente de natureza não material, como é o caso do ateísmo.

A definição de Ross (1995) da dimensão espiritual oferece uma interessante abordagem. Para esse autor, a espiritualidade depende de três componentes: necessidade de encontrar significado, razão e preenchimento na vida; necessidade de esperança/ vontade para viver; necessidade de ter fé em si mesmo, nos outros ou em Deus. A necessidade de significado é considerada uma condição essencial à vida e, quando um indivíduo se sente incapaz de encontrar um significado, sofre em função de sentimentos de vazio e desespero.

Assim, o construto espiritualidade teria um valor intrínseco para avaliação em saúde, ao oferecer um referencial de significados para o enfrentamento da condição de doença (World Health Organization. *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs - SRPB, 1998*).

Considerando-se, assim, a comprovada relação entre espiritualidade e a possibilidade de se avaliar qualidade de vida no âmbito da saúde, surgiu a iniciativa de, a partir das conclusões de uma pesquisa prévia – que resultou na Dissertação de Mestrado da autora – iniciar novo estudo correlacionando R/E e QV no âmbito de um Serviço de Saúde de nosso meio.

## **1.1. Aspectos epidemiológicos de HIV/aids no Brasil e na Região Sudeste**

O Boletim Epidemiológico do Departamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST), aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde estima que havia aproximadamente 734 mil PVHA no país em 2014, com uma prevalência de 0,4% (Brasil, 2014).

Há uma maior prevalência nos homens (0,7%) da faixa etária de 15 a 49 anos de idade. Já entre os jovens (17 a 21 anos de idade), a prevalência é mais baixa (0,12%), sendo que desses, 1,2% correspondem ao grupo de homens que fazem sexo com homens (HSH). Os grupos de maior vulnerabilidade, que apresentam maiores taxas de prevalência de HIV/aids são: usuários de drogas (5,9%), usuários de *crack* (5,0%), HSH (10,5%) e mulheres profissionais do sexo (4,9%) (Brasil, 2014).

Desde o início da epidemia de aids no Brasil até junho de 2014, foram registrados 757.042 casos de aids. A distribuição proporcional dos casos de aids no Brasil segundo região mostra uma concentração dos casos nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo respectivamente a 54,4% e 20,0% do total de casos identificados de 1980 até junho de 2014. As regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte correspondem a 14,3%, 5,8% e 5,4% do total dos casos, respectivamente.

Nos últimos cinco anos, o Brasil tem registrado uma média de 39,7 mil casos de aids. Segundo as regiões, o Norte apresenta uma média de 3,5 mil casos ao ano; o Nordeste, 7,9 mil; o Sudeste, 17,0 mil; o Sul, 8,6 mil; e o Centro-Oeste, 2,7 mil. Há uma estabilização da taxa na região Sul, com uma tendência linear de crescimento significativo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e a região Sudeste é a única que apresenta tendência de queda significativa nos últimos dez anos (Brasil, 2014).

Foram registrados no Brasil, desde 1980 até junho de 2014, 491.747 (65,0%) casos de aids em homens e 265.251(35,0%) em mulheres. No período de 1980 até 2008, observou-se um aumento na participação das mulheres nos casos de aids. Com isso, a razão de sexo, expressa pela

relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres, apresentou redução de até 15 casos em homens para cada 10 casos em mulheres. No entanto, a partir de 2009, observa-se uma redução nos casos de aids em mulheres e aumento nos casos em homens, refletindo-se na razão de sexo, que passou a ser de 18 casos de aids em homens para cada 10 casos em mulheres em 2013 (Brasil, 2014).

A razão de sexo apresenta diferenças regionais importantes. Nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, há um predomínio de homens em comparação com as demais regiões (21 homens para 10 mulheres), com tendência significativa de crescimento. Nas regiões Norte e Nordeste, a razão de sexo é em média 17 homens para cada 10 mulheres, enquanto que na região Sul há uma participação maior das mulheres nos casos de aids, em que a razão de sexo é de 15 homens para cada 10 mulheres.

Há também uma variação de acordo com a faixa etária: entre os mais jovens (13 a 19 anos), existem 30% a mais de homens que mulheres notificadas com aids e, entre os indivíduos com 20 anos ou mais, observa-se que, à medida que aumenta a idade, a razão de sexo diminui, indicando que há uma participação maior dos homens entre os mais jovens e uma maior participação das mulheres entre os mais velhos (Brasil, 2014).

A maior concentração dos casos de aids no Brasil está entre os indivíduos com idade entre 25 e 39 anos em ambos os sexos. Entre os homens, essa faixa etária corresponde a 54,0% e entre as mulheres 50,3% do total de casos desde 1980 a junho de 2014. Nas demais faixas etárias, a taxa entre os homens é superior à das mulheres, sendo até 2,4 vezes maior no último ano para a faixa etária de 20 a 24 anos. Entre os homens, observa-se um aumento estatisticamente significativo da taxa de detecção entre aqueles com 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 60 anos ou mais, nos últimos dez anos. Destaca-se o aumento da taxa em jovens de 15 a 24 anos, observando-se entre aqueles com 15 a 19 anos, um aumento de 120,0% e entre os de 20 a 24, de 75,9%, no período de 2004 a 2013. Entre aqueles com 35 a 39 anos e 40 a 44 anos, observa-se uma tendência significativa de queda da taxa, representando 21,9% e 23,6% de redução de 2004 para

2013, respectivamente. Nas demais faixas etárias observa-se uma estabilização.

Comparando-se a distribuição proporcional dos casos de aids segundo raça/cor por sexo desde 2004 até 2013, observa-se que não existe diferença estatisticamente significativa nas proporções de brancos, amarelos, pardos e indígenas segundo sexo, exceto entre os negros, nos quais a proporção de homens é inferior à das mulheres.

Desde o início da epidemia de aids (1980) até dezembro de 2013, foram identificados 278.306 óbitos tendo como causa básica a aids (CID10:B20 a B24), sendo a maioria na região Sudeste (61,8%), seguida do Sul (17,3%), Nordeste (11,9%), Centro-Oeste (5,0%) e Norte (4,0%). Observa-se uma tendência significativa de queda nos últimos dez anos para o Brasil como um todo, passando de 6,1 óbitos para cada 100 mil habitantes em 2004 para 5,7 em 2013 – uma queda de 6,6%. No entanto, apenas as regiões Sudeste e Sul apresentam tendência significativa de queda, sendo esta mais acentuada no Sudeste (26,3%).

Do total de óbitos por aids registrados no Brasil, 198.534 (71,3%) ocorreram entre homens e 79.655 (28,6%) entre as mulheres. No entanto, tem-se observado um aumento estatisticamente significativo no número de óbitos em mulheres e uma estabilização desse número em homens, o que implicou numa redução significativa da razão de sexo: de 21 óbitos em homens a cada 10 óbitos em mulheres, em 2004, para 19 em 2013.

Em relação à faixa etária, o coeficiente de mortalidade é maior entre os homens do que entre as mulheres. No geral, observa-se tendência significativa de aumento nos coeficientes de mortalidade entre os jovens de 15 a 19 anos (Brasil, 2014).

O acesso universal e gratuito à TARV, implantado no Brasil desde 1996, causou importante impacto na morbimortalidade por aids (Fazito-Rezende et al., 2010), com aumento da sobrevivência de PVHA (Chequer et al., 1992, Marins et al., 2003, Matida et al., 2008). Em dezembro de 2013, o Brasil deu outro passo inovador e de vanguarda na resposta à epidemia de HIV/aids: tornou-se o primeiro país em desenvolvimento e o terceiro do

mundo a recomendar o início imediato da TARV para todas as PVHA, independentemente da contagem de CD4, considerando a motivação do paciente (Brasil, 2013). A implementação do tratamento como prevenção (TasP) tem sido reconhecida como uma das mais importantes medidas de saúde pública para o controle da transmissão do HIV (Hull et al., 2014; Cohen et al., 2011; Montaner et al., 2010).

Constata-se um ligeiro aumento na proporção de PVHA recebendo TARV há pelo menos seis meses, com carga viral indetectável (inferior a 50 cópias/mL), que passou de 75% para 78%, entre 2009 e 2014, respectivamente. Considerando-se a supressão viral com carga viral inferior a 1.000 cópias/mL, conforme definido internacionalmente (Paho/WHO, 2014), em 2014, a supressão viral atinge 88% das PVHA em TARV, sendo 85% em 2009.

Govindasamy e colaboradores afirmaram, em 2014, que a estratégia do tratamento como prevenção (TasP) visa ao aumento da proporção de indivíduos em TARV e com carga viral indetectável e, conseqüentemente, com baixo risco de transmissão do HIV. Porém, o sucesso dessa estratégia depende da capacidade de se iniciar o tratamento antes que a carga viral aumente, diagnosticando as PVHA o mais precocemente possível, a fim de assegurar a adesão ao tratamento e, sobretudo, manter esses pacientes em tratamento eficaz e de longo prazo.

## **1.2. Qualidade de Vida e aids**

A introdução de antirretrovirais mais efetivos para controlar a progressão da infecção pelo HIV renovou o interesse dos cientistas e dos clínicos pela avaliação da QV das PVHA, uma vez que os desfechos clínicos e laboratoriais (contagem de linfócitos CD4, carga viral e doenças oportunistas) são considerados insuficientes para detectar a complexidade da evolução dos tratamentos. Em uma série de 151 pacientes submetidos à versão italiana do questionário WHOQOL-HIV, foi observada pior QV nos

doentes com aids, em comparação aos pacientes assintomáticos (Starace et al., 2002). O comprometimento da QV pode ocorrer não só pelos sintomas da infecção, mas também pelos efeitos colaterais dos tratamentos. Leplège e colaboradores (1997) chamam atenção, através do desenvolvimento de uma variante de questionário desenvolvida pelo grupo (HIV-QL31), para a importância das informações, ainda que discretas, provenientes daqueles que vivem a doença. Observaram, por exemplo, que os pacientes rejeitam um tratamento específico que aumente o tempo de vida, mas diminua a sua qualidade. Isto é, as pessoas preferem viver menos, mas sentindo-se melhor (Leplège, 1997, Leplège 1997).

Um indivíduo infectado por HIV, ao passar pelos diferentes estágios da infecção, tem sua QV alterada em diversos momentos (Tostes, 1998). Além disso, existem diferentes subgrupos de pacientes infectados com HIV/aids. Os usuários de drogas, por exemplo, parecem ter mais dificuldade para recuperar o bem-estar após o impacto de saberem-se infectados, o que estaria relacionado a formas inadequadas e regressivas de reagirem à notícia da doença. (Tostes, 1998).

No estágio sintomático, os pacientes podem ter a QV gravemente abalada por sintomas clínicos inespecíficos. Numa série de 205 pacientes americanos, foi estudada a relação de seis sintomas com a QV em portadores de aids: mialgias, fadiga, anorexia/náuseas/vômitos, sudorese noturna, febre e perda de peso. Observou-se evidente correlação entre a ausência ou menor manifestação desses sintomas (média de 78 pontos para QV, de 0 a 100) ou a presença de um, vários ou todos eles (média de 34 pontos, indicando pior QV) (Cunningham, 1998). Nas fases mais adiantadas da doença, pacientes que vivem estágios crônicos do comprometimento de sua saúde manifestam outras preocupações tidas como fundamentais. Singer e colaboradores demonstram essa característica ao realizar entrevistas diretas (através de “questões abertas”) com 126 pacientes (40 portadores de HIV, 48 pacientes com insuficiência renal crônica em programa de hemodiálise e 38 internos de clínicas de repouso). Como resultado, observam-se cinco questões fundamentais para QV, sob o ponto

de vista desses pacientes: expectativa pelo manejo adequado da dor física, receio em perder o senso de controle nas decisões acerca do tratamento, experimentar prolongamento inadequado da vida, sentir necessidade de estreitar laços com as pessoas do convívio mais íntimo e, ao mesmo tempo, não viver o temor de deixá-las sobrecarregadas após a morte (Singer, 1999).

Alguns dados sugerem que o diagnóstico de aids ajuda a pessoa a definir o que é importante para si. A reflexão sobre o sentido da vida e o bom uso do tempo favorece que a experiência subjetiva de QV de alguns pacientes seja melhor do que antes da doença, quando apenas as funções físicas e sociais eram priorizadas (Holzemer et al., 1998).

Os pacientes com HIV/aids estão sujeitos a diversos sintomas físicos e mentais (Tostes, 1998; Elliot et al., 2002), sendo frequente, portanto, a utilização de instrumentos para detectar esse amplo espectro de manifestações (por exemplo: a escala de depressão de Beck). No entanto, é preciso ter cuidado ao interpretar os resultados, uma vez que altos escores nesse instrumento podem estar relacionados basicamente a uma frequência maior de sintomas físicos e fadiga, sem uma acentuada presença de sintomas cognitivos e desesperança, como se supõe que aconteça com um paciente deprimido (Evans, 1998).

Existem vários instrumentos validados para avaliar a QV de pacientes com HIV/aids, como por exemplo: *Multidimensional Quality of life Questionnaire for HIV/aids* (MQoL-HIV); *Quality of Well-Being Scale* (QWB); *Medical Outcomes Study-HIV* (MOS-HIV); *Functional Assessment of Human Immunodeficiency Virus Infection Quality of Life Instrument* (FAHI); *AIDS – Health Assessment Questionnaire* (AIDS-HAQ); *General Health Self-Assessment*; *HIV Disease Quality Of Life 31 Item Instrument* (HIV-QL31) (Fleck, 2008). Os primeiros foram desenvolvidos e utilizados quando os estudos clínicos incluíam populações mais homogêneas e com sintomas mais graves. Entretanto, os tratamentos recentes têm sido mais agressivos nos estágios precoces da infecção. Assim, os indivíduos HIV-positivos mantêm-se saudáveis por mais tempo, o que fez crescer de maneira

importante, nos últimos anos, o período assintomático da doença, merecendo, então, mais atenção nos estudos de QV (Holmes; Shea, 1998).

Em função dessas características peculiares das PVHA (evolução constante dos tratamentos disponíveis, heterogeneidade da população, início precoce ou tardio do tratamento, diferentes graus de adesão ao tratamento, ampla gama de efeitos colaterais relatados ou não), além da evidente relevância epidemiológica da aids, o WHOQOL Group decidiu desenvolver um módulo específico para avaliar essa população. Foi iniciado, então, o projeto WHOQOL-HIV, para a criação de um instrumento genérico modificado, capaz de conciliar a necessidade de generalização e comparação com outros estudos e que, ao mesmo tempo, fosse específico o suficiente para essa situação clínica (Who, 1998).

Em indivíduos com HIV/aids, a dependência para realizar as atividades de vida diária tem sido preditora de decréscimo da QV e incremento no risco de mortalidade. Stanton e colaboradores observaram, num estudo de 728 pacientes, maior predominância de dependência para realização de atividades do dia-a-dia em pacientes com diagnóstico de aids, em relação aos portadores de HIV assintomáticos (32% contra 15%,  $p < 0,001$ ). Essas dependências foram mais observadas quando relacionadas a um modo de vida independente (cozinhar, fazer compras) e a dependência para realização desse tipo de atividade apresentou correlação com maior risco de morte, proporcional à severidade da dependência funcional (Stanton, 1994). A própria avaliação objetiva desse tipo de dependência chega a possuir maior sensibilidade preditiva do risco de mortalidade do que a própria contagem de linfócitos CD4+ ( $p < 0,001$ ), conforme observado por Justice e colaboradores, em estudo de 1003 pacientes internados durante um período mínimo de 3 dias (Justice, 1996).

Rusch e colaboradores, em 2004, identificaram que a presença de incapacidade funcional em indivíduos com HIV/aids está fortemente associada com depressão, ansiedade, síndrome do estresse pós-traumático, desordem do pânico e menor envolvimento em atividades sociais. Esse fenômeno foi observado em 762 pacientes submetidos a questionário

específico elaborado pela *British Columbia Persons With AIDS Society* (BCPWA), no Canadá. Quase todos os pacientes (90%) apresentavam pelo menos um grau de incapacidade. Proporcionalmente, os graus de incapacidade foram maiores em indivíduos com contagem de linfócitos CD4+ < 200 células/mm<sup>3</sup> quando comparados a um grupo com CD4+ > 200 células/mm<sup>3</sup>, indicando impacto significativo do estado imunológico celular no quadro clínico do paciente (Rusch et al., 2004).

O estilo de vida fisicamente inativo pode representar uma das causas desse fenômeno, por estar associado com decréscimo nas oportunidades de interação social – o que, como consequência, incrementa o isolamento, depressão, perda de status profissional e social, além de favorecer a progressão da doença (Rusch et al., 2004; Leserman et al., 2000; Chesney, Folkman, 1994).

Logo, é possível sugerir que a QV, capacidade funcional, composição corporal, parâmetros neuromusculares e cardiorrespiratórios, atividade física, satisfação sexual e sintomas depressivos exercem impacto significativo no quadro bioquímico, sanguíneo e imunológico de indivíduos com HIV/aids.

### **1.3. Religião no Brasil**

Dados do Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010) mostram o crescimento da diversidade dos grupos religiosos no Brasil. Observa-se que a proporção de católicos continua em queda (há duas décadas) e que na população evangélica houve um crescimento significativo. A pesquisa indica também o aumento do total de espíritas, dos que se declararam sem religião, ainda que em ritmo inferior ao da década anterior, e do conjunto pertencente às outras religiosidades. Os dados de cor, sexo, faixa etária e grau de instrução revelam que os católicos romanos e o grupo dos sem religião são os que apresentaram percentagens mais elevadas de pessoas

do sexo masculino. Os espíritas apresentaram os mais elevados indicadores de educação e de rendimentos.

Os evangélicos foram o segmento religioso que mais cresceu no Brasil no período intercensitário. Em 2000, eles representavam 15,4% da população. Em 2010, chegaram a 22,2%, um aumento de cerca de 16 milhões de pessoas (de 26,2 milhões para 42,3 milhões). Em 1991, este percentual era de 9,0% e em 1980, 6,6% (Censo demográfico, 2010).

Já os católicos passaram de 73,6% em 2000 para 64,6% em 2010. Embora o perfil religioso da população brasileira mantenha, em 2010, a histórica maioria católica, esta religião vem perdendo adeptos desde o primeiro Censo, realizado em 1872. Até 1970, a proporção de católicos variou 7,9 pontos percentuais, reduzindo de 99,7%, em 1872, para 91,8%. Esta redução no percentual de católicos ocorreu em todas as regiões, mantendo-se mais elevada no Nordeste (de 79,9% para 72,2% entre 2000 e 2010) e no Sul (de 77,4% para 70,1%). A maior redução ocorreu no Norte, de 71,3% para 60,6%, ao passo que os evangélicos, nessa região, aumentaram sua representatividade de 19,8% para 28,5%. Entre os estados, o menor percentual de católicos foi encontrado no Rio de Janeiro, 45,8% em 2010. O maior percentual estava no Piauí, 85,1%. Em relação aos evangélicos, a maior concentração estava em Rondônia (33,8%) e a menor, no Piauí (9,7%).

Entre os espíritas, que passaram de 1,3% da população (2,3 milhões) em 2000 para 2,0% em 2010 (3,8 milhões), o aumento mais expressivo foi observado no Sudeste, cuja proporção passou de 2,0% para 3,1% entre 2000 e 2010, um aumento de mais de 1 milhão de pessoas (de 1,4 milhão em 2000 para 2,5 milhões em 2010). O estado com maior proporção de espíritas era o Rio de Janeiro (4,0%), seguido de São Paulo (3,3%), Minas Gerais (2,1%) e Espírito Santo (1,0%).

O Censo 2010 também registrou aumento entre a população que se declarou sem religião. Em 2000 eram quase 12,5 milhões (7,3%), ultrapassando os 15 milhões em 2010 (8,0%). Os adeptos da umbanda e do candomblé mantiveram-se em 0,3% em 2010.

Com proporções de 65,5% para homens e 63,8% para mulheres, os católicos são, junto com os sem religião (9,7% para homens e 6,4% para mulheres), os que apresentam mais declarantes do sexo masculino. Nos demais grupos, as mulheres são maioria.

A proporção de católicos também foi maior entre as pessoas com mais de 40 anos, chegando a 75,2% no grupo com 80 anos ou mais. O mesmo se deu com os espíritas, cuja maior proporção estava no grupo entre 50 e 59 anos (3,1%). Já entre os evangélicos, os maiores percentuais foram verificados entre as crianças (25,8% na faixa de 5 a 9 anos) e adolescentes (25,4% no grupo de 10 a 14 anos).

No que tange ao recorte por cor ou raça, as proporções de católicos seguem uma distribuição aproximada à do conjunto da população: 48,8% deles se declaram brancos, 43,0%, pardos, 6,8%, negros, 1,0%, amarelos e 0,3%, indígenas. Entre os espíritas, 68,7% eram brancos, percentual bem mais elevado que a participação deste grupo de cor ou raça no total da população (47,5%). Entre os evangélicos, a maior proporção era de pardos (45,7%). A maior representatividade de negros foi verificada na umbanda e candomblé (21,1%). No grupo dos sem religião, a declaração de cor mais presente também foi parda (47,1%).

Os resultados do Censo 2010 indicam importante diferença dos espíritas para os demais grupos religiosos no que se refere ao nível de instrução. Este grupo religioso possui a maior proporção de pessoas com nível superior completo (31,5%) e as menores percentagens de indivíduos sem instrução (1,8%) e com ensino fundamental incompleto (15,0%). Já os católicos (6,8%), os sem religião (6,7%) e evangélicos pentecostais (6,2%) são os grupos com as maiores proporções de pessoas de 15 anos ou mais de idade sem instrução. Em relação ao ensino fundamental incompleto, são também esses três grupos de religião que apresentam as maiores proporções (39,8%, 39,2% e 42,3%, respectivamente).

Os católicos e os sem religião foram os grupos que tiveram os maiores percentuais de pessoas de 15 anos ou mais de idade não alfabetizadas (10,6% e 9,4%, respectivamente). Entre a população católica,

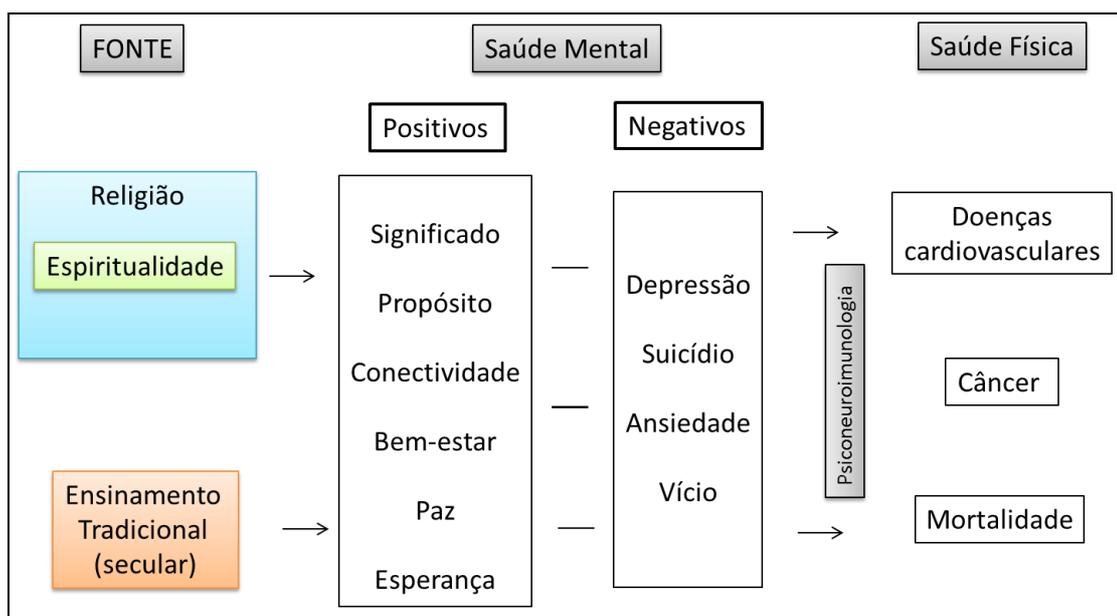
é proporcionalmente elevada a participação dos idosos, entre os quais a proporção de analfabetos é maior. Por outro lado, apenas 1,4% dos espíritas não são alfabetizados.

#### 1.4. Definição de religiosidade e espiritualidade

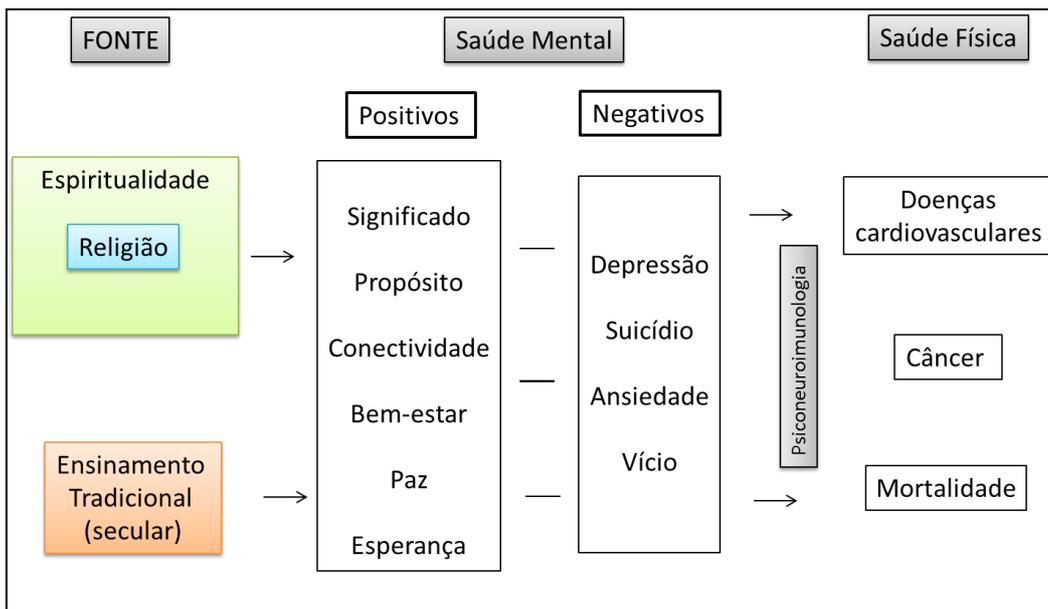
A espiritualidade é um termo cada vez mais usado em pesquisas para correlacionar a saúde física ou mental. Uma pesquisa realizada pela autora na base MEDLINE ([www.pubmed.org](http://www.pubmed.org), maio de 2015), utilizando apenas a palavra "espiritualidade" (*"spirituality"*) retornou 6 artigos entre 1948 e 1979, 64 artigos entre 1980 e 1989, 488 artigos entre 1990 e 1999 e 3921 artigos entre 2000 e 2009. Por fim, entre 2010 e 2015 já há 2969 artigos. Entretanto, pelo menos nos estudos publicados até 2007, a espiritualidade é medida de vários modos, pois não há uma definição uniforme (Hill e Pargament, 2003). De fato, pesquisa na mesma base de dados, porém agora utilizando a palavra "espiritualidade" (*"spirituality"*) como *"MeSH major topic"* não retornou nenhum artigo até o ano de 1990, sendo 16 artigos de 1991 a 1999, mas 2044 de 2000 a 2009 e 1303 de 2010 a 2015.

Além disso, a definição de espiritualidade mudou ao longo das últimas décadas. Smith e Denton (2005) relataram que *"A própria ideia e a linguagem de 'espiritualidade', originalmente fundamentada nas práticas de fé auto-disciplinar de religiosos crentes, incluindo ascéticos e monges, em seguida, separa-se de suas amarras em tradições religiosas históricas e é redefinida em termos de auto-realização subjetiva"* (p.175). Segundo Sheldrake (2007), a origem da palavra "espiritual" vem do termo latino *spiritualis*, que é derivado da palavra grega *pneumáticos*, como aparece nas cartas de Paulo aos Romanos e Coríntios. Depois disso, uma pessoa "espiritual" era considerada alguém onde o "Espírito de Deus" habitou ou cuja vida foi influenciada por esse "espírito" (p.3), muitas vezes referindo-se ao clero. Durante a maior parte da história ocidental, os termos "espiritual" e "espiritualidade" foram entendidos como distintamente religiosos.

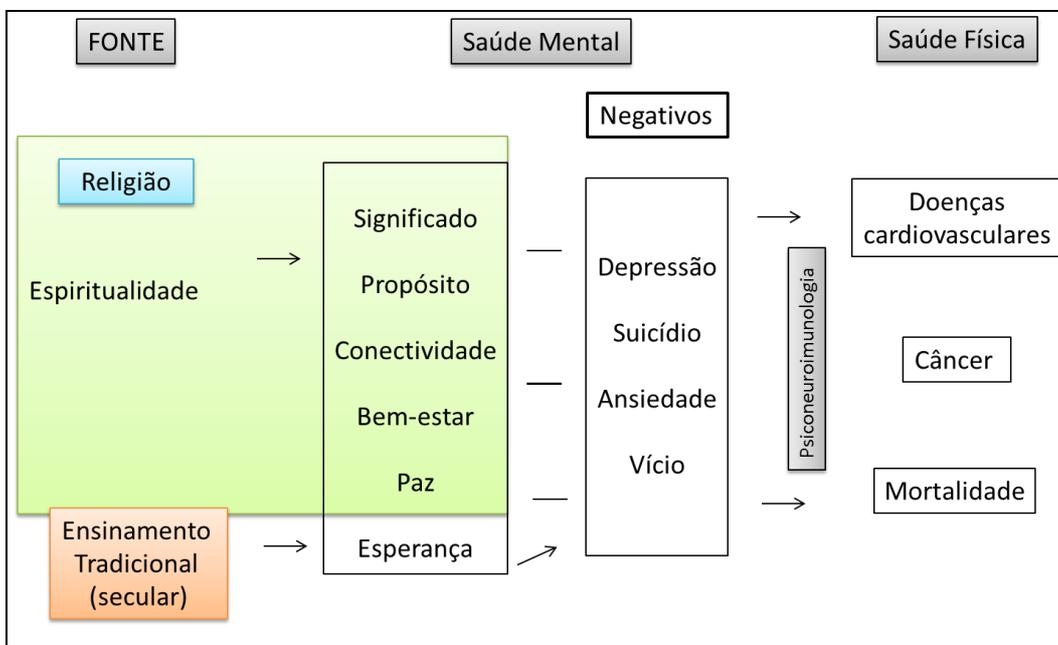
As figuras de 1 a 4 (adaptadas de Koenig, 2008) ilustram a forma como a definição de espiritualidade mudou e se expandiu ao longo dos anos, à medida que investigadores examinaram sua relação com a saúde física e mental. A versão histórica tradicional da espiritualidade (figura 1) a define como um subconjunto de pessoas profundamente religiosas que dedicaram suas vidas ao serviço de sua religião e ao ser humano como seu próximo e cujas vidas exemplificam os ensinamentos de suas tradições religiosas. O termo religião tem apresentado uma definição relativamente estável ao longo dos anos, e, tal como definido por psicólogos e sociólogos da religião, é um construto distinto, com múltiplas dimensões, que podem ser medidas e distinguidas uma da outra (Hill e Hood, 1999).



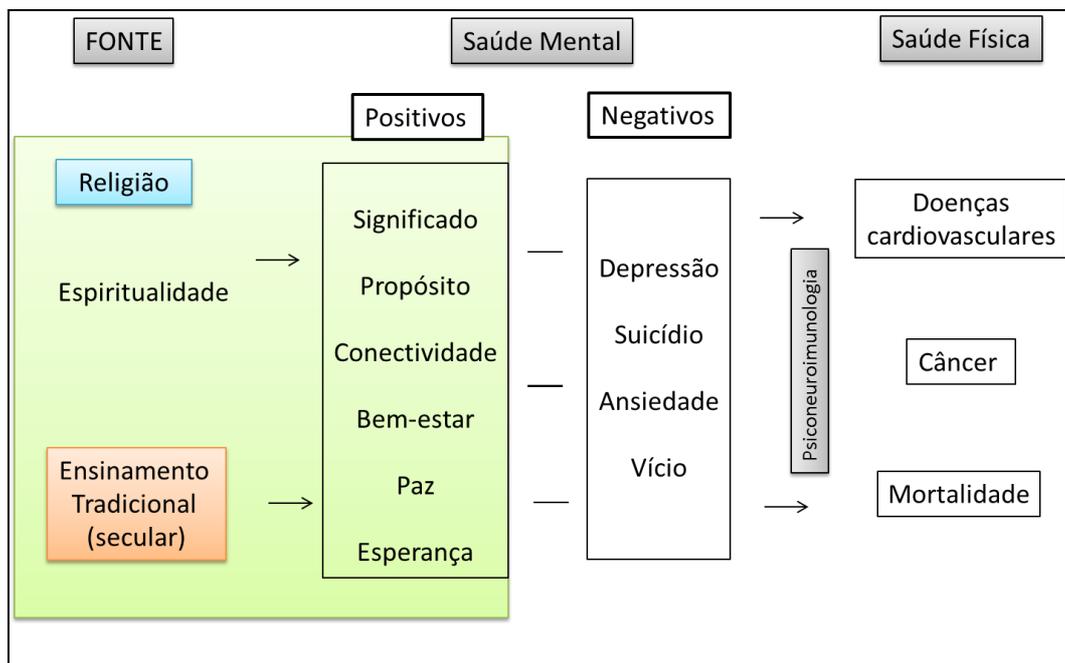
**Figura 1:** Versão histórica-tradicional da religiosidade e espiritualidade (adaptado de Koenig, 2008).



**Figura 2:** Versão moderna da religiosidade e espiritualidade (adaptado de Koenig, 2008).



**Figura 3:** Versão moderna-tautológica da religiosidade e espiritualidade (adaptado de Koenig, 2008).



**Figura 4:** Versão clínica-moderna da religiosidade e espiritualidade (adaptado de Koenig, 2008).

Religião, espiritualidade, e o “secular” são retratados na figura 1 como possíveis “fontes” de valores morais humanos, traços positivos de caráter e estados mentais positivos, tais como significado e propósito na vida, conexões com os outros, paz, harmonia, bem-estar e esperança.

A versão histórica-tradicional de espiritualidade pode ser estudada utilizando-se os métodos de pesquisa das ciências sociais e comportamentais. Para Koenig (2008), a “espiritualidade” é diferente das formas mais superficiais ou menos devotas de religião de da secularidade completa. Pessoas espirituais podem ser identificadas utilizando-se medidas de envolvimento religioso e então comparadas com pessoas menos religiosas e a indivíduos seculares, no que diz respeito à saúde mental e física. Espiritualidade é um construto completamente separado das medidas de saúde mental ou física.

A versão moderna de “espiritualidade” (figura 2) a entende como incluindo a religião, mas expandindo-se além dela. À medida que o termo “espiritualidade” tem sido mais amplamente utilizado em serviços de saúde pluralísticos, o objetivo tem sido aplicá-la a pessoas de diversas formações religiosas e também àquelas sem qualquer base religiosa. Isto cria uma nova categoria de indivíduos “espirituais, mas não-religiosos”. Entretanto, o que isto significa e como diferenciá-los daqueles que são religiosos e espirituais, ainda não é tão claro. Esta visão de espiritualidade, enquanto mais nebulosa do que a versão histórica tradicional, também é válida do ponto de vista de pesquisa, uma vez que tal conceituação permite comparações da saúde mental e física entre aqueles que são espirituais e religiosos, aqueles que são espirituais, mas não-religiosos e aqueles completamente seculares. Por causa da natureza mais nebulosa desta categoria, pessoas espirituais mas não-religiosas são difíceis de serem identificadas, de qualquer outra forma que não seja perguntar diretamente a elas como se auto-classificariam (espirituais mas não-religiosas, religiosas mas não-espirituais, religiosas e espirituais ou nenhuma). Neste sentido, espiritualidade também tem sido descrita como a “busca do sagrado”, que pode ocorrer fora de uma tradição religiosa estabelecida (Pargament, 1999).

A versão tautológica (“redundante”) de espiritualidade (figura 3) é similar à versão moderna, mas expande-se ainda mais, para incluir valores positivos humanos e de saúde mental como parte de sua definição. Este conceito de espiritualidade inclui não apenas indicadores de religiosidade tradicional ou uma busca do sagrado, mas também estados psicológicos positivos: propósito e significado na vida, conexão com o próximo (qualidade de suporte social), tranquilidade, harmonia e bem-estar. Koenig, 2008, chama esta versão de “tautológica” porque, ao incluir indicadores de saúde mental na definição de espiritualidade, isto assegura uma correlação positiva entre espiritualidade e saúde mental. Ao invés de conduzir pesquisas para determinar se a espiritualidade relaciona-se à saúde mental, este modelo resolve o problema ao definir espiritualidade desde o início em termos de saúde mental. Não tem sentido uma pesquisa que documenta associação

entre espiritualidade definida desta maneira e saúde mental positiva, uma vez que construtos mensurados com itens semelhantes ou mesmo iguais sempre mostrarão correlações entre si. É preocupação importante que a definição de espiritualidade como traços humanos positivos ou boa saúde mental completamente elimina a possibilidade de se identificarem circunstâncias nas quais a percepção ou a busca espiritual esteja associada com tumulto, infelicidade e talvez morbidade mental e física. A quarta e última versão de espiritualidade (figura 4) inclui não apenas religião e indicadores positivos de saúde mental como parte de sua definição, mas também o secular. Neste modelo, todo indivíduo é espiritual, incluindo ateus e agnósticos. Uma vez que não resta ninguém para comparar com esta categoria, que inclui a todos, a pesquisa é impossível e relações com saúde mental ou física não podem ser estudadas (Koenig et al., 2003).

#### **1.4.1 – Mensuração/ medidas de espiritualidade**

Instrumentos utilizados para mensurar espiritualidade que existem hoje em dia abordam-na em termos de crenças e práticas religiosas, em termos de valores humanos positivos e de saúde mental, ou ambos.

Algumas medidas de espiritualidade comumente utilizadas hoje em dia ilustram este argumento. Estas escalas foram revisadas no “*Handbook of Religion and Health*”, resultado de uma exaustiva revisão da literatura e que inclui um capítulo sobre ferramentas de mensuração utilizadas na abordagem de religião e espiritualidade (Koenig et al, 2001 p. 505-507).

*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being* (FACIT-SP): é a mensuração de espiritualidade utilizada com mais frequência em estudos atuais sobre espiritualidade envolvendo pacientes com câncer (Brady et al, 1999). Ela tornou-se literalmente a mensuração padrão de espiritualidade nesta população. Uma das razões é porque uma das versões da FACIT, o *Functional Assessment of Cancer Therapy* (Cella et al, 1993) é a mensuração de QV mais amplamente utilizada para pacientes

com câncer e tem sido usada em centenas de estudos pelo mundo (Facit, 2007). Até mesmo o *National Cancer Institute* endossa o FACIT-SP como uma das mensurações padrão de espiritualidade em pacientes com câncer (NCI, 2007). O FACIT-SP consiste em 12 afirmações para as quais a concordância é classificada e inclui termos como “Sinto-me em paz”, “Tenho uma razão para viver”, “Sinto que tenho um objetivo de vida”, “Sou capaz de encontrar conforto ao buscar profundamente em mim mesmo”, “Tenho sensação de harmonia dentro de mim mesmo” e “Sei que, não importa o que aconteça com minha doença, dará tudo certo”. Não é surpreendente que a espiritualidade mensurada desta forma será correlacionada com boa saúde mental.

*Daily Spiritual Experiences Scale* (DES): A escala DES tem sido crescentemente utilizada como medida de espiritualidade em estudos de saúde mental e física (Underwood e Teresi, 2002). Busca recente na base de dados PubMed (março de 2015) identificou pelo menos 17 estudos que utilizam esta mensuração, a maioria dos quais foram conduzidos entre 2009 e 2012. A escala DES é uma sub-escala do *Fetzer Institute's Multidimensional Measure of Religiousness and Spirituality* e consiste em 16 itens classificados em termos de frequência, incluindo afirmações como “Sinto uma profunda paz ou harmonia interna”, “A beleza da criação tem efeito espiritual em mim”, “Sinto-me gratificado em minhas preces”, “Sinto um carinho abnegado pelo próximo” e “Eu aceito o próximo, mesmo quando faz coisas que considero erradas”. Novamente, esta mensuração aborda um conceito bastante amplo de espiritualidade e é “contaminado” por medidas de tranquilidade, harmonia e outras experiências positivas que pacientes com depressão ou ansiedade graves raramente sentem.

*Escala Spiritual Well-Being* (SWB): desenvolvida por Paloutzian e Ellison (1982), é, talvez, a escala de bem-estar espiritual mais utilizada atualmente na abordagem de espiritualidade. Busca direcionada na base de dados PubMed (março/2015) retornou 124 artigos (a maioria deles estudos de pesquisa) que citam esta medida. A escala SWB consiste em 20 itens, 10 que medem “bem-estar existencial” e 10 que abordam “bem-estar

religioso”. As questões que abordam o bem-estar existencial dizem respeito a bem-estar psicológico em geral. Por exemplo, alguns dos itens que fazem parte da escala são: “Sinto que a vida é uma experiência positiva”, “Sinto-me incerto quanto a meu futuro” (com pontuação reversa), “Sinto-me bastante realizado e satisfeito com a vida”, “Não vejo muito que gostar ou aproveitar na vida” (com pontuação reversa) e “Sinto que a vida é cheia de conflito e infelicidade” (pontuação reversa). A menos que subescalas sobre bem-estar existencial e bem-estar religioso sejam analisadas separadamente e seus resultados sejam diferenciados, as associações relatadas entre SWB e saúde mental podem causar bastante confusão. Até o momento, não se tem dado a devida importância a este aspecto. Entretanto, pesquisadores tem questionado cada vez mais o quanto é apropriado categorizar estados de saúde mental positiva do tipo bem-estar existencial como espirituais (Salandar, 2006; Tsuang et al, 2007; Krause, 2008).

*Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality*: Esta tem se tornado rapidamente a mensuração padrão de R/E no campo da saúde e espiritualidade em geral, devido à sua natureza compreensiva (Fetzer Institute, 1999). Existem também normas nacionais para a versão compacta deste instrumento (Idler et al, 2003). Entre suas subescalas de espiritualidade estão algumas para sentido/significado, valores e perdão. A sub-escala de sentido/significado inclui itens como “O sentido de minha vida vem da sensação em estar conectado a outros seres vivos” e “Saber que sou parte de algo maior do que apenas eu mesmo dá significado à minha vida”. A sub-escala de valores inclui itens como igualdade, harmonia interior, poder social, liberdade e autodisciplina, cada um classificado numa escala de “não importante” a “supremamente importante”. A sub-escala de perdão tem afirmações como “É fácil para mim admitir que estou errado”, “Acredito que quando as pessoas dizem que me perdoam por algo que fiz errado, estão sendo sinceras”, “Sou capaz de me entender facilmente com amigos que de alguma forma me magoaram”, “Já perdoei aqueles que me magoaram” e assim por diante.

Sumarizando, estes traços positivos poderiam muito bem ser o desfecho ou os resultados da espiritualidade. Entretanto, eles devem fazer parte da definição em si? Não se pode subentender que apenas pessoas espirituais vivenciam sentido e objetivo de vida, tem valores elevados ou perdoam ao próximo (ou vivenciam paz, harmonia e sentem carinho profundo pelo próximo). De fato, pessoas completamente seculares e/ou ateus podem vivenciar estas experiências tão ou mais frequentemente do que as pessoas denominadas “espirituais”. Em princípio, não se pode atribuir estes valores como “direitos adquiridos” da espiritualidade. Cabe à pesquisa científica estabelecer ou refutar estes fatos e esse tipo de pesquisa é impossível de se conduzir se a espiritualidade é definida por estes traços, à frente de seu tempo.

#### **1.4.2 – Pesquisas publicadas**

Uma vez que não é de amplo conhecimento a “contaminação” de várias medidas de espiritualidade com traços psicológicos positivos ou experiências humanas (por exemplo, itens sobre boa saúde mental), os revisores de revistas médicas e psiquiátricas acabam aprovando a publicação de estudos de pesquisa com achados que não tem significado ou são tautológicos (redundantes). Koenig (2008) oferece vários exemplos a seguir, onde a espiritualidade foi mensurada utilizando-se as escalas FACIT-SP, SWB, DSE ou SRPB, sendo que os achados primários dessas pesquisas foram correlações com boa saúde mental.

Em um estudo publicado no tradicional periódico *The Lancet*, McClain e colegas (2003) usaram o instrumento FACIT-SP para examinar 160 pacientes com câncer em tratamento paliativo, com expectativa de vida de 3 meses ou menos. Eles relataram que o bem-estar espiritual (score FACIT-SP total) apresentou correlação altamente significativa com menor desejo por uma morte apressada, menor falta de esperança e menos ideação suicida. Concluíram que o bem-estar espiritual pode oferecer proteção

contra o desespero de um final de vida. Entretanto, o que exatamente estes investigadores descobriram? Descobriram que pacientes que disseram sentirem-se em paz, com razão para viver, com senso de propósito e sentido e com senso de harmonia e conforto apresentavam menor tendência a serem suicidas, sem esperança ou desesperados. Isto não seria óbvio ? É aceitável relatar achados deste tipo em uma das revistas médicas mais conceituadas do mundo? Pesquisas similares utilizando o FACIT-SP foram conduzidas envolvendo pacientes com e sem câncer e publicadas em renomadas revista médicas (Bekelman et al, 2007; Daugherty et al, 2005; Mrus et al, 2006), psiquiátricas (Nelson et al, 2002; Peterman et al, 2002) e sobre QV (Kobayashi et al, 2005).

Em outro estudo, Tsuang e colaboradores, na Universidade Harvard, examinaram a relação entre bem-estar espiritual e um número de desfechos sobre personalidade, emocionais e abuso de substâncias. Descobriram que a sub-escala de bem-estar da escala SWB foi significativamente associada com 7 das 11 dimensões de personalidade e teve associação negativa significativa com abuso ou dependência de álcool. Entretanto, correlações com a sub-escala de bem-estar religioso foram bem menos impressionantes. Embora estes investigadores tenham relatado corretamente os resultados separados por cada sub-escala, a sub-escala de bem-estar existencial ainda foi considerada como uma dimensão do conceito geral de bem-estar espiritual. Novamente, será mesmo surpreendente que o bem-estar existencial (medido através de itens que abordam satisfação, realização, aproveitamento de vida, poucos conflitos e felicidade) seja correlacionado inversamente com traços negativos de personalidade, distúrbios emocionais e abuso de substâncias ? Que tipo de informação útil estas correlações realmente oferecem? Alguns anos mais tarde, de maneira apropriada e justa, estes mesmos autores escreveram sobre preocupações semelhantes às relatadas por Koenig neste artigo, com relação a definições, alertando pesquisadores sobre o uso de construtos do bem-estar pessoal como indicadores de espiritualidade (Tsuang et al, 2007).

Em outro estudo da mesma época, espiritualidade (medida pela versão compacta de 6 itens da escala DSE) mostrou associação inversa com sintomas depressivos, mediados por otimismo, suporte social e voluntariedade (Mofidi et al, 2007). Uma vez que um dos 6 itens do DSE compacto era “Sinto uma profunda paz ou harmonia interna”, como se devem interpretar esses resultados? Quantas pessoas deprimidas sentem “profunda paz ou harmonia interna”? O que significa uma relação inversa entre espiritualidade mensurada desta maneira e depressão? Novamente, a “contaminação” das medidas de espiritualidade por itens que abordam saúde mental torna difícil interpretar associações entre espiritualidade e saúde mental.

Em algumas áreas seculares do mundo onde a religião tem se tornado menos popular, o termo “espiritualidade” tem sido desprovido da maior parte de seu conteúdo religioso e tem sido redefinido em termos de valores humanos ou saúde mental (Koenig, 2007a; Moreira-Almeida e Koenig, 2006). Isto representa mais um exemplo de pesquisa sobre espiritualidade que examina associações com saúde mental e QV sem considerar o quanto o uso de medidas “contaminadas” afeta os resultados. Por exemplo, para se dirigir à “pessoa como um todo”, o novo instrumento para mensuração de QV da OMS (WHOQOL) inclui uma subescala que mensura “espiritualidade, religião e crenças pessoais” (WHOQOL-SRPB). Investigadores utilizaram esta subescala para conduzir pesquisa sobre associações entre espiritualidade e saúde mental em uma amostra de 5087 pessoas em 18 países e os resultados foram publicados no *Social Sciences and Medicine* (Saxena, 2006). Vamos considerar as dimensões que formam o WHOQOL-SRPB. Das 8 dimensões abordadas, 5 medem (1) sentido da vida, (2) temor, (3) integridade e integração, (4) paz interna, serenidade e harmonia e (5) esperança e otimismo. Novamente, será que é mesmo surpreendente que os investigadores descobriram que sua avaliação SRPB apresentou forte correlação com as dimensões psicológicas e de saúde mental na QV?

Incluir ou não crenças pessoais na mensuração de espiritualidade é uma decisão difícil. A menos que as crenças pessoais sejam especificamente religiosas ou, de alguma maneira, relacionadas ao transcendental ou sagrado, não é óbvio o porque de considerá-las “espirituais”. Será que as fronteiras da espiritualidade devem ser ampliadas nos estudos de pesquisas para incluir toda a variedade de crenças pessoais que os indivíduos podem ter ? Existem muitas crenças pessoais que não tem nada a ver com o sagrado ou transcendental e pode surgir confusão ao se usar a linguagem de espiritualidade para descrever todas as crenças, incluindo aquelas em discos voadores, abduções alienígenas ou coisas do tipo.

#### **1.4.3 – Relações com saúde física**

Se a espiritualidade está relacionada à saúde física, como mostram alguns estudos (Koenig et al, 2001), então um mecanismo através do qual tais efeitos ocorrem é provavelmente por causa da influência da saúde mental ou física (por exemplo, relação mente-corpo) (Koenig e Cohen, 2002). Contaminar medidas de espiritualidade com traços psicológicos positivos ou indicadores de boa saúde mental também pode influenciar os achados de correlações entre espiritualidade e saúde física. Por exemplo, investigadores relataram que a espiritualidade, conforme medida pelo WHOQOL-SRPB descrito anteriormente, foi significativamente correlacionada com melhor saúde física (Saxena, 2006). Entretanto, se a espiritualidade é definida como boa saúde mental, então as associações relatadas entre espiritualidade e boa saúde física podem simplesmente se dar por causa dos efeitos da boa saúde mental e não ter nada a ver com algo distintamente “espiritual”.

#### **1.4.4 – Definições de saúde**

Assim como a espiritualidade tem sido mensurada utilizando-se indicadores de boa saúde, da mesma maneira tem surgido tentativas para incluir um componente espiritual nas definições de saúde (Larson, 1996; Vader, 2006). Uma vez que os achados das pesquisas tem ligado o envolvimento religioso a melhor saúde, práticas de saúde e tomada de decisões médicas, pode ser apropriado incluir a espiritualidade em discussões relacionadas ao cuidado de saúde da pessoa como um todo (Larson, 1996; Vader, 2006). Entretanto, incluir fatores religiosos ou espirituais nas medidas de saúde em si (onde a saúde é um desfecho a ser estudado) torna difícil a interpretação de pesquisas entre espiritualidade e saúde, pelas mesmas razões que as pesquisas utilizando medidas “contaminadas” de espiritualidade são problemáticas. Para que se conduzam pesquisas científicas relevantes, definições e categorizações de espiritualidade, saúde mental e saúde física devem estar todas claras e não se sobreporem.

#### **1.5. Espiritualidade e religiosidade *versus* saúde e sua relação com HIV/aids**

Os aspectos da R/E manifestam-se com muita frequência em pacientes que buscam tratamentos médicos. É comum que a fé, a religião e/ou algum aspecto espiritual completem e suavizem um “anseio interior” pela busca de “razões maiores” ou circunstâncias místicas que possam ajudar no enfrentamento da doença. Embora religião, espiritualidade e a prática da medicina tenham registros históricos de relação entre si (Lukof et al., 1995; Mueller, 2001), somente nas últimas duas décadas a literatura científica tem conseguido demonstrar o importante papel da R/E na saúde física e mental de pacientes em tratamento (Moreira-Almeida, 2006; Lucchetti et al., 2010a; Koenig et al., 2012) e, ainda com mais clareza, em

doenças crônicas e severas (Seybold e Hill, 2001; George et al., 2002; Koenig, 2003; Miller e Thoresen, 2003). Entretanto, como já mencionado, a definição e conceituação de termos tão complexos e, por vezes, subjetivos, com múltiplas facetas de aspectos culturais, permanece sem consenso formal (Cook, 2004). Algumas definições tem sido propostas, como as descritas no quadro 1.

**Quadro 1:** Conceitos de Religiosidade e Espiritualidade (*adaptado de Gonçalves, 2014 – com autorização da autora*).

<b>AUTORES</b>	<b>RELIGIOSIDADE</b>	<b>ESPIRITUALIDADE</b>
<b>Koenig et al., 2012</b>	É a crença e prática dos fundamentos de uma determinada religião.	É a aproximação do sagrado ou transcendental através da busca pessoal de compreensão das questões da vida, que pode não necessariamente estar vinculada a uma determinada religião.
<b>Puchalski et al., 2012</b>	É um tipo de expressão da espiritualidade, um conjunto de crenças organizadas sobre Deus, que é compartilhado dentro de uma comunidade de pessoas.	Forma como as pessoas encontram sentido e propósito de vida e como vivenciam sua conexão com si próprias, com outros e com sagrado. É uma característica humana universal, que pode ser entendida como a relação com o transcendental, expressa através de atitudes, hábitos e práticas.
<b>Djuric et al., 2009</b>	Geralmente possui um componente espiritual, mas também abrange práticas pessoais relacionadas à fé comum e a rituais de grupo, bem como as comunicações decorrentes da convicção partilhada.	Propensão a encontrar sentido através de um parentesco com dimensões que transcendem o “eu” de tal forma que capacita e não desvaloriza o indivíduo. Este relacionamento pode ser uma conexão com si mesmo, com outros e o ambiente natural ou com o invisível – “Deus”.
<b>Holt et al., 2008</b>	Um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos.	Uma relação transcendental para alguma forma de maior poder.
<b>Guimarães e Avezum, 2007</b>	Envolve sistematização de culto e doutrina compartilhados por um grupo.	Uma propensão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal.
<b>Mueller et al., 2001</b>	Do latim “ <i>religare</i> ”, significa “unir”. Organiza as experiências espirituais coletivas de um grupo de pessoas em um sistema de crenças e práticas.	Do latim “ <i>spiritualitas</i> ”, significa “respiração”. É um conceito mais amplo de religião e, primariamente, mais dinâmico, pessoal e experiencial.

Essa falta de consenso no conceito de R/E entre pesquisadores traz considerável dificuldade na comparação e interpretação de resultados entre os estudos. As próprias escalas validadas que são utilizadas podem apresentar diferentes interpretações (Lucchetti et al., 2013). Mesmo assim, vários estudos apontam para um possível benefício da R/E na prevenção primária de várias doenças, como as cardíacas e neoplásicas – que concentram a maioria dos estudos – com relatos associando a R/E a melhores índices de QV e até aumento de sobrevida (McCullough et al., 2000; Powell et al., 2003; Sawatzky et al., 2005; Chida et al., 2009; Lucchetti et al., 2011).

No Brasil, 83% da população consideram a religião muito importante na sua vida e somente 5% declaram não ter vínculo religioso (Moreira-Almeida et al., 2010). Mesmo diante de limitações éticas e de método de pesquisa científica atual para o assunto em questão, tem-se investigado relações de R/E com medidas biológicas, tais como níveis de cortisol, sistema nervoso autonômico, imunológico, cardiovascular, entre outros (Guimarães e Avezum, 2007; Berntson et al., 2008; Lucchetti et al., 2010b), apesar da dificuldade em se estabelecer ensaios clínicos.

Outro exemplo é a obesidade. Evidências científicas tem demonstrado o papel da R/E na perda ponderal e manutenção do peso corporal (Reicks et al., 2004; Duru et al., 2010). Acredita-se que essa dimensão teria papel na modificação dos hábitos alimentares, no estilo de vida e na forma de encarar o próprio corpo, como “templo de Deus” que deve ser cuidado (Chester et al., 2006). Com relação à R/E e o sistema imunológico, vários pesquisadores tem relatado redução de interleucina 6 (IL-6) e outros marcadores inflamatórios, quando associados a maior frequência religiosa (Lutgendorf et al., 2004). E os marcadores inflamatórios, especialmente a IL-6, estão presentes em diversas doenças osteomusculares, cardiovasculares, depressão e fatores agudos de estresse, além manterem estreita relação com mortalidade na população idosa (Harris et al., 1999).

Neste sentido, há também estudos de acompanhamento sobre as consequências do HIV/aids nos aspectos físicos, psicológicos e religiosos dos pacientes portadores do vírus. Resultados benéficos tem sido relatados com o aumento de práticas religiosas e espirituais, como aumento de linfócitos CD4 e diminuição de carga viral (Ironson et al., 2006; Bormann e Carrico, 2009b). Dados nacionais também sustentam a hipótese de maior acesso a práticas religiosas nessa população, como pudemos demonstrar, em estudo de 2010, elevados escores de R/E logo após o diagnóstico do vírus HIV em 131 pacientes avaliados (Carneiro, 2010).

Também em pacientes portadores de diferentes tipos de neoplasias, investigações vem sendo realizadas correlacionando a progressão/remissão dos tumores com sobrevida, QV e espiritualidade, trazendo benefícios tanto para pacientes quanto para familiares envolvidos, pois trata-se de um tipo de doença que faz o paciente enfrentar diversas questões de fim de vida, tendo a abordagem religiosa uma grande importância e relevância para os pacientes e familiares (Yoshimoto et al., 2006; Puchalski, 2007; Ando et al., 2010; Breitbart et al., 2010; Ka'opua et al., 2011).

Estuda-se também, cada vez mais, a relação entre espiritualidade, religiosidade e saúde mental e muitos desses estudos mostraram propensão a melhor resposta dos indivíduos religiosos nos tratamentos de determinados distúrbios psicológicos (Dein et al., 2012).

Uma revisão sobre religiosidade e saúde mental, realizada em 2006 (Moreira-Almeida et al.), demonstrou uma relação diretamente proporcional com bem-estar psicológico (satisfação, felicidade, valores morais) e inversamente proporcional com depressão, suicídio e abuso de drogas, resultados semelhantes sustentados em outras revisões (Smith et al., 2003; Koenig, 2007; Bonelli et al., 2012). Dentre as pesquisas em saúde mental e R/E, o abuso e a dependência de substâncias são os transtornos que mais apresentam evidências científicas, encontrando-se taxas menores de uso/abuso em pacientes religiosos quando comparados com não religiosos (Califano et al., 2010).

Diante dessas evidências, a avaliação dessa dimensão pelo profissional de saúde vem contribuindo para prevenção e/ou tratamento de doenças pelos seguintes motivos:

1. Para a grande maioria da população, as crenças pessoais podem ajudar a lidar com problemas e doenças (Ehman et al., 1999). Além disso, muitos pacientes mostram necessidade de serem questionados sobre sua religião e espiritualidade (Oyama e Koenig, 1998), bem como referem uma segurança diferente com relação a seus médicos quando isso ocorre (McCord et al., 2004; Borrás et al., 2010).

2. Pesquisas demonstram que atividades e crenças religiosas estão associadas a melhor saúde física e QV (Sawatzky et al., 2005; Lucchetti et al., 2010a).

3. A R/E pode interferir nas condutas médicas, tanto por parte dos pacientes (por exemplo, quando determinadas crenças limitam o uso de hemoderivados), quanto por parte dos médicos (por exemplo, que não prescrevem anticoncepcionais por crenças religiosas pessoais) (Curlin et al., 2007; King e Koenig, 2009). Por conta disso, a própria OMS incluiu a espiritualidade em uma proposta da definição de saúde: “o *completo bem-estar físico, psicológico, social e espiritual*” (Fleck et al., 2003). Dentro dessa orientação, instrumentos foram criados para avaliar a QV, como por exemplo, o WHOQOL (*World Health Organization Quality Of Life*), que inclui as dimensões de R/E e, inclusive, versões que avaliam somente a dimensão espiritual, como o WHOQOL-SRPB (Fleck e Skevington, 2007).

Por outro lado, deve-se também relacionar a religiosidade negativa aos desfechos e correlações com saúde e doença, em situações do tipo: “Deus está me castigando”, “Deus não gosta de mim” e “Deus me abandonou”. Esse tipo de comportamento pode levar a desfechos como maior prevalência de depressão, ansiedade e maior mortalidade (Koenig, 1998; Pargament et al., 2001). Em 2001, com uma amostra de 596 pacientes avaliados ao longo de dois anos, Pargament et al. encontraram um maior

risco de mortalidade para determinadas formas de religiosidade negativa, como as citadas acima, na qual se crê que “Deus castiga”.

Apesar da extensa literatura avaliando correlações ou associações entre espiritualidade, religiosidade e saúde, pouco ainda foi proposto na tentativa de avaliar se a estimulação de tal dimensão na vida do paciente poderia resultar em melhores desfechos clínicos. Por sinal, essa é uma das grandes críticas feitas por alguns pesquisadores da área, que acreditam que essas associações não teriam importância em contextos clínicos (Sloan et al., 1999).

Teoricamente, as intervenções de cunho espiritual ou religioso teriam papel na modificação do pensamento do indivíduo, maior aceitação de sua doença, maior suporte social, maior compreensão de sua existência e incentivo a crença e fé dos mesmos – o que poderia repercutir diretamente na evolução clínica (Djuric et al., 2009; Rosendahl et al., 2009; Huguelet et al., 2011). Abordagens espirituais e religiosas têm sido atualmente utilizadas como terapêutica complementar. As preces intercessórias já foram realizadas em diversas doenças (Walker et al., 1997; Olver e Dutney, 2011; Hoşrik et al., 2014). Os resultados, porém, apresentam-se contraditórios, alguns apresentando melhora nos sintomas avaliados (Olver e Dutney, 2011), outros neutros (Hoşrik et al., 2014) e outros ainda mostrando piora (Walker et al., 1997). A conclusão geral desses estudos é que existem dificuldades metodológicas para fundamentar os argumentos e necessidade de mais estudos sobre o assunto.

Frente às dificuldades metodológicas citadas e à necessidade que os pacientes tem apresentado de participarem ativamente da discussão (Stein et al., 2013), estudos diversos tem proposto estratégias para estimulação das crenças espirituais/religiosas com a finalidade de melhorar a saúde física e mental de pacientes (Becker et al., 2006; Bormann et al., 2006; Ando et al., 2010; Koszycki et al., 2010; Ka’opua et al., 2011). Por não se apresentar um protocolo definido de abordagem, existem diferentes formas de aplicação em diferentes culturas e crenças religiosas.

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Avaliar o contexto da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais e sua influência na percepção da QV, em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) recebendo tratamento antirretroviral.

### **Objetivos específicos**

Os dados obtidos em estudos semelhantes não encontram consenso no que diz respeito à QV na infecção pelo HIV/ aids, principalmente com relação à influência de R/E. Com efeito, as duas questões fundamentais que motivaram este estudo foram:

Avaliar a religiosidade / espiritualidade / crença pessoal como condição que influencie na QV – ou em sua percepção – em PVHA.

Avaliar se é necessária também a presença de alterações objetivas comprovadas (como exames laboratoriais quantitativos) na condição clínica ou imunológica dessas pessoas para que a QV seja afetada.

### 3. MÉTODO

#### 3.1 – Desenho do estudo

Estudo transversal, descritivo, observacional, realizado no Ambulatório de Especialidades do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, São Paulo, SP.

No início da coleta de dados, considerando-se o universo de pacientes a partir do qual foi obtida a amostra, percebeu-se que seria necessária uma alteração no título do estudo.

Desta maneira, o título original, *“Espiritualidade e sua influência na adesão à terapia antirretroviral de pacientes portadores de HIV/aids do Instituto de Infectologia Emílio Ribas”*, foi alterado para ***“Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de pessoas vivendo com HIV/aids em tratamento no Instituto de Infectologia Emílio Ribas”***, em função de não ser possível, a partir do desenho proposto, avaliar adesão ao tratamento, uma vez que todos os pacientes que participaram da seleção para obtenção da amostra já se encontravam, de fato, na vigência de tratamento antirretroviral (Anexo 1).

#### 3.2 – Amostra

Foram recrutados 231 pacientes vivendo com HIV/aids partir de 18 anos de idade, atendidos no Ambulatório de Infectologia do Instituto de Infectologia Emílio Ribas. Este ambulatório atende pacientes com diagnóstico estabelecido de HIV/aids, de segunda a sexta-feira, das 08 às 20 horas.

A seleção dos participantes ocorreu de fevereiro de 2013 a março de 2015 e foi realizada por meio de abordagem direta, de maneira sequencial, a partir da listagem de pacientes agendados para atendimento médico no Ambulatório de Infectologia, em todos os dias da semana. Após o início da coleta de dados, observou-se uma frequência maior de atendimentos às quartas-feiras de todas as semanas, sendo então, a partir de disponibilidade da pesquisadora e, convenientemente, da maior frequência de comparecimento dos pacientes ao Ambulatório, realizada a maioria das entrevistas às quartas-feiras (33,8% dos pacientes). Nos demais dias da semana, observou-se uma distribuição relativamente equilibrada nas proporções de questionários obtidos (13,3%, 16,9%, 18,7% e 17,3% respectivamente para segunda, terça, quinta e sexta-feira).

### **3.3 – Critérios de inclusão/exclusão**

Foram incluídos adultos a partir de 18 anos de idade vivendo com HIV/aids, atendidos no Ambulatório de Infectologia, na vigência de tratamento medicamentoso (terapia antirretroviral), que concordaram em colaborar com o estudo, mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

Foram excluídas pessoas que não concordaram em participar do estudo. Também foram excluídos os pacientes com diagnóstico descrito em prontuário de doença psiquiátrica e/ou demência relacionada ao HIV/aids. Entendemos que essas duas condições poderiam, de fato, comprometer a adequada percepção do indivíduo quanto aos aspectos pesquisados, justificando-se a exclusão.

### **3.4 – Instrumentos**

Foi utilizado o instrumento WHOQOL-SRPB, instrumento cientificamente fundamentado desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, que avalia a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, evitando-se assim a avaliação baseada apenas em critérios associados aos componentes clínicos da infecção HIV, valorizando igualmente as dimensões religiosas, marcadamente centrais na vida de pessoas infectadas (Anexo 3).

O questionário é composto por 32 itens, constituídos de 8 facetas: 1) Conexão a ser ou força espiritual; 2) Sentido na vida; 3) Admiração; 4) Totalidade e Integração; 5) Força espiritual; 6) Paz interior; 7) Esperança e otimismo; 8) Fé (quadro 2). As questões foram individualmente pontuadas em uma escala do tipo Likert de 5 pontos, onde 1 indica percepções baixas e negativas e 5 indica percepções altas e positivas (WHOQOL Group, 2003).

**Quadro 2:** Itens e domínios do questionário WHOQOL-SRPB.

<b>DOMÍNIO I – Conexão a ser ou força espiritual</b>
Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis? Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a tolerar o estresse? Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a compreender os outros? Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual conforta/tranquiliza você?
<b>DOMÍNIO II – Sentido na vida</b>
Até que ponto você encontra um sentido na vida? Até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para você? Até que ponto você sente que a sua vida tem uma finalidade? Até que ponto você sente que está aqui por um motivo?
<b>DOMÍNIO III – Admiração</b>
Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas ao seu redor? (por exemplo: natureza, arte, música) Até que ponto você se sente espiritualmente tocado pela beleza? Até que ponto você tem sentimentos de inspiração (emoção) na sua vida? Até que ponto você se sente agradecido por apreciar (“curtir”) as coisas da natureza?
<b>DOMÍNIO IV – Totalidade e integração</b>
Até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, corpo e alma? Quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma? Até que ponto você sente que a maneira em que vive está de acordo com o que você sente e pensa? Quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma coerência (harmonia) entre o que você faz, pensa e sente?
<b>DOMÍNIO V – Força espiritual</b>
Até que ponto você sente força espiritual interior? Até que ponto você pode encontrar força espiritual em épocas difíceis? Quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor? Até que ponto a sua força espiritual o ajuda a se sentir feliz na vida?
<b>DOMÍNIO VI – Paz interior</b>
Até que ponto você se sente em paz consigo mesmo? Até que ponto você tem paz interior? Quanto você consegue sentir paz quando você necessita disso? Até que ponto você sente um senso de harmonia na sua vida?
<b>DOMÍNIO VII – Esperança e otimismo</b>
Quão esperançoso você se sente? Até que ponto você está esperançoso com a sua vida? Até que ponto ser otimista melhora sua qualidade de vida? Quanto você é capaz de permanecer otimista em épocas de incerteza?
<b>DOMÍNIO VIII – Fé</b>
Até que ponto a fé contribui para o seu bem-estar? Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia-a-dia? Até que ponto a fé lhe dá força no dia-a-dia? Até que ponto a fé o ajuda a gozar (aproveitar) a vida?

Foram também obtidos dados laboratoriais (carga viral, contagem sérica de linfócitos-TCD4+ e relação CD4/CD8). Para isso, os valores de referência foram categorizados da seguinte maneira:

*Contagem de linfócitos CD4: 493 – 1666 = normal, boa resposta imunológica; menor que 493 = resposta imunológica desfavorável; maior que 1666 = provavelmente normal ou situações de exceção.*

*Contagem de linfócitos CD8: 224 – 1112 = normal, boa resposta imunológica; menor que 224 = resposta imunológica desfavorável; maior que 1112 = provavelmente normal ou situações de exceção.*

*Relação CD4/CD8: 0,5 – 2,0 = normal, boa resposta imunológica; menor que 0,5 = resposta imunológica desfavorável; maior que 2,0 = provavelmente normal ou situações de exceção.*

*Contagem numérica de carga viral HIV: 0 = indetectável, tratamento medicamentoso adequado; 1 – 100.000 = carga viral detectada, tratamento requer reavaliação; maior que 100.000 = carga viral alta, provável resposta inadequada ao tratamento.*

Esta categorização foi adaptada a partir dos valores e parâmetros adotados pelo Laboratório de Análises Clínicas do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (Santagostino *et al.*, 1999; Shearer *et al.*, 2003).

Para determinação do nível socioeconômico, foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (Anexo 4), desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).

A classificação de nível socioeconômico foi utilizada para justificar uma distribuição coerente ao se correlacionar os dados e não parecer “politicamente incorreta”, ao considerar um ou outro paciente de nível maior ou menor.

### 3.5 – Procedimentos

Os entrevistados foram abordados na sala de espera do Ambulatório de Especialidades do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, com a seguinte pergunta:

“- O(A) senhor(a) faz acompanhamento aqui por que?”

Frente a isso, já era sabido seu diagnóstico. Em seguida, a pesquisadora responsável convidava a pessoa a participar da pesquisa, encaminhando-a a uma sala do próprio ambulatório. Após a explicação do tipo de estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), iniciava-se a aplicação do questionário, que teve duração média de dez minutos.

O instrumento foi desenvolvido para ser auto-aplicável. No entanto, quando da sua aplicação neste estudo, desde o primeiro paciente, houve situações de solicitação de ajuda para o preenchimento das questões, chegando mesmo alguns pacientes a solicitarem a completa leitura e explicação de diversos itens – mesmo quando alfabetizados. Desta maneira, optou-se pela aplicação direta e sistemática do questionário para todos os pacientes, indistintamente, com o objetivo de minimizar eventual viés do método.

Os dados sobre CD4 e carga viral foram colhidos mediante consulta dos prontuários eletrônicos dos respectivos pacientes (*sistema “SI3” de consulta em rede interna, disponível nas dependências do IIER*), considerando-se a coleta mais recente, próxima à data de aplicação de cada questionário.

Todos os questionários foram aplicados individual e exclusivamente pela pesquisadora, durante o turno da tarde, no horário habitual de atendimento dos pacientes.

### **3.6 – Análise e tratamento dos dados**

As questões do instrumento (WHOQOL-SRPB) são individualmente pontuadas em uma escada *Likert*, em que 1 indica percepções baixas/negativas e 5 indica percepções altas/positivas, ou seja, os escores dos domínios e das facetas estão dispostos em um sentido positivo, onde pontuações mais altas denotam melhor QV. Dentro do questionário, cada domínio teve a determinação de um escore total, considerando-se as questões contidas nesse domínio.

Os dados coletados foram inseridos em banco de dados no Microsoft Excel 2010 (Microsoft, EUA, 2010). A análise foi realizada com os programas SPSS versão 22.0 (IBM, EUA, 2013) e Prism versão 6.01 (GraphPad Software, EUA, 2012), sendo utilizada estatística descritiva, com cálculos de percentuais, médias, desvios-padrão, frequências e associações entre grupos. A apresentação foi feita em tabelas, quadros e gráficos. Na comparação dos escores dos grupos foram utilizados testes não paramétricos e paramétricos (ANOVA e qui-quadrado), com o propósito de descobrir se há relacionamento entre as variáveis: sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade); clínicas (carga viral, contagem sérica de linfócitos TCD4+ e relação CD4/CD8) (Anexo 5), e determinação do nível socioeconômico (Anexo 4). Todos os testes foram realizados sob a admissão de probabilidade de erro de primeira espécie (alfa) de 5%, sendo considerada diferença estatisticamente significativa o valor de “p” menor do que 0,05.

### **3.7 – Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa teve início após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Infectologia Emílio Ribas (Anexo 6), número de protocolo: 89/11. Os pacientes incluídos, ao concordarem com sua

participação e após explicação sobre os objetivos da pesquisa, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), de acordo com os princípios de ética em pesquisa com seres humanos.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 – Dados demográficos

Entre fevereiro de 2013 e março de 2015, 231 pacientes foram entrevistados, sendo que um deles preencheu o questionário de maneira incompleta. Durante o levantamento dos prontuários, não foram encontrados dados laboratoriais de cinco pacientes. Assim, seis pacientes foram excluídos, chegando-se à amostra de 225 pacientes, considerados como a amostra deste estudo.

Do total de 225 pacientes, 155 (68,9%) eram do sexo masculino e 70 do sexo feminino (31,1%). Grande parte (n=110, 48,9%) declarou sua situação conjugal como “solteiro”, seguida por “casado/união livre” (n=71, 31,6%), e demais condições (separado/divorciado e viúvo). A escolaridade mais predominante foi o ensino médio (n=88, 39,1%), seguida por ensino superior (n=74, 32,9%). Com relação à raça/cor, o item “cor da pele” teve como resposta mais frequente “branca” (n=137, 60,9%), “parda” (n=56, 24,9%), “preta” (n=28, 12,4%) e “indígena” (n=4, 1,8%). A resposta mais frequente para ocupação foi “empregado” (n=83, 36,9%) e a procedência mais frequente era de São Paulo/Capital (n=171, 76%). O nível socioeconômico predominante, de acordo com os critérios do instrumento utilizado, foi B2 (n=75, 33,3%).

Para descrição das idades, foi utilizada categorização por faixas etárias, de acordo com aquela utilizada no Boletim Epidemiológico de DST/aids do Ministério da Saúde de 2014 (Brasil, 2014), sendo observada maior predominância da faixa etária de 40 a 49 anos (n=77, 34,2%), seguida por 50 anos ou mais (n=63, 28%), 30 a 39 anos (n=58, 25,8%), 20 a 29 anos (n=25, 11,1%) e 19 anos ou menos (n=2, 0,9%).

Com relação à religiosidade, observou-se predominância da religião católica (n=72, 32,0%), sendo que 13 (5,8%) declararam-se

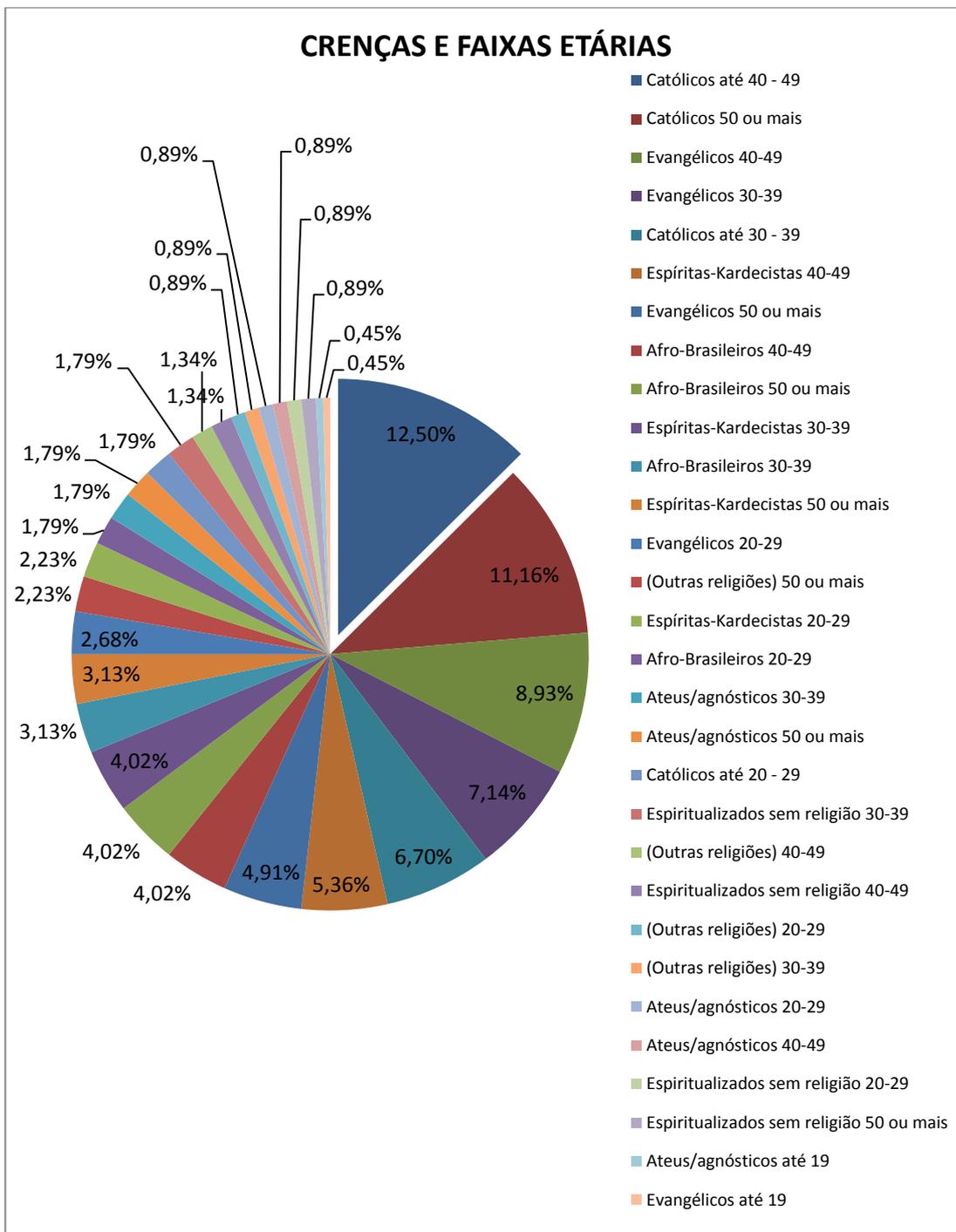
“ateus/agnósticos” e 11 (4,9%) declararam-se “espiritualizados sem religião”. Estes resultados estão descritos na Tabela 1.

**Tabela 1:** Características sócio-demográficas da amostra.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>		
Masculino	155	68,9
Feminino	70	31,1
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL</b>		
Solteiro	110	48,9
Casado/ união livre	71	31,6
Separado/ divorciado	25	11,1
Viúvo	19	8,4
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Ensino médio	88	39,1
Ensino superior	74	32,9
Ensino fundamental	42	18,7
Pós- graduação	18	8
Analfabeto	3	1,3
<b>RAÇA/ COR DE PELE</b>		
Branca	137	60,9
Parda	56	24,9
Preta	28	12,4
Indígena	4	1,8
<b>OCUPAÇÃO</b>		
Empregado	83	36,9
Autônomo	53	23,6
Aposentado	26	11,6
Desempregado	26	11,6
Do lar	16	7,1
Auxílio doença	13	5,8
Estudante	7	3,1
<b>PROCEDÊNCIA</b>		
São Paulo/ Capital	171	76
Região Metropolitana	34	15,1
Interior	14	6,2
Outros Estados	5	2,2
Não informou	1	0,4

<b>CLASSE SOCIOECONÔMICA</b>		
B2	75	33,3
C1	65	28,9
B1	31	13,8
C2	25	11,1
A2	11	4,9
D	8	3,6
E	2	0,9
A1	0	0
Não informou	8	3,61
<b>FAIXA ETÁRIA</b>		
40 a 49 anos	77	34,2
50 anos ou mais	63	28
30 a 39 anos	58	25,8
20 a 29 anos	25	11,1
Até 19 anos	2	0,9
<b>CRENÇA</b>		
Católicos	72	32
Evangélicos	54	24
Espírita-Kardecista	33	14,7
Afro-Brasileira	29	12,9
Ateu/ Agnóstico	13	5,8
Outras Religiões	12	5,3
Espiritualizado sem Religião	11	4,9

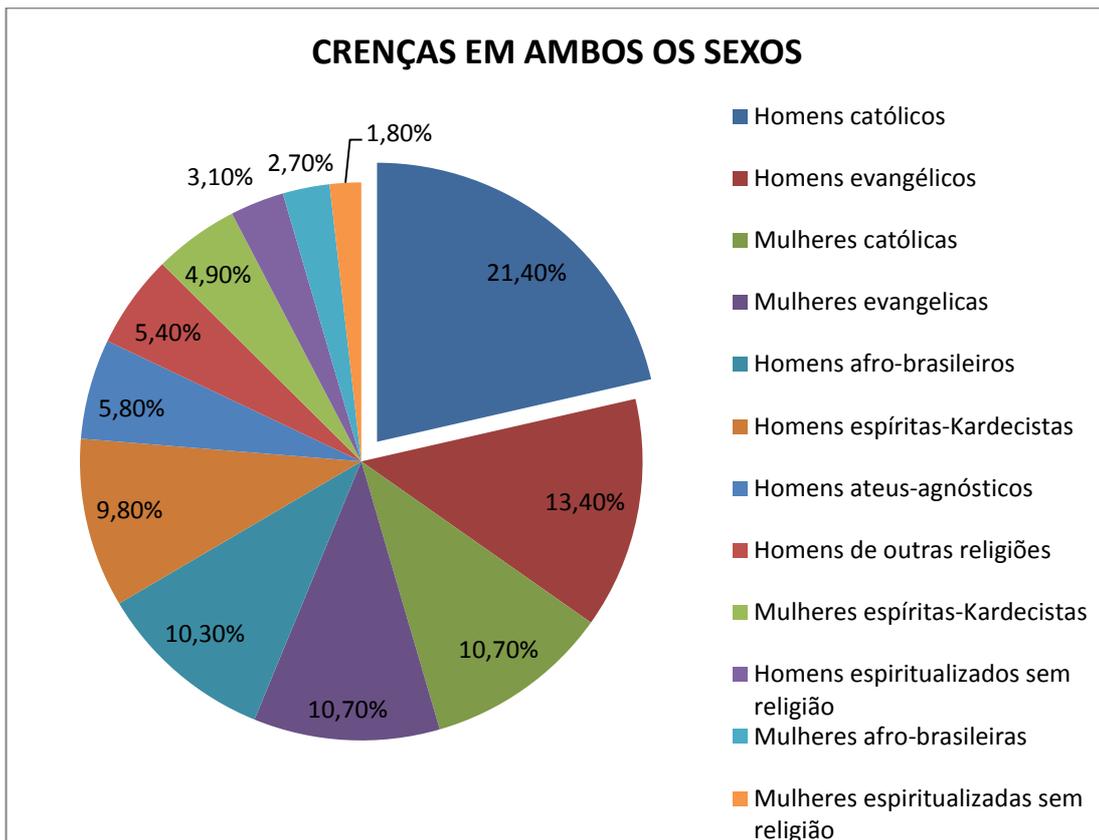
Na distribuição de toda a amostra por faixa etária, de acordo com as respectivas crenças, observou-se predominância de católicos, de 40 a 49 anos (12,56%, n=28) e com 50 anos ou mais (11,16%, n=25), conforme demonstrado na figura 5.



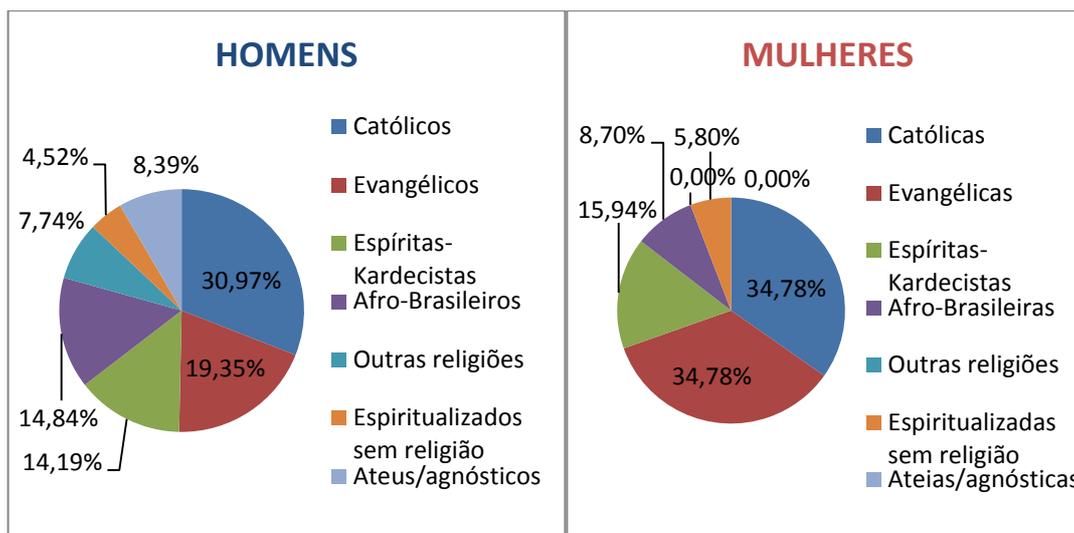
**Figura 5:** Distribuição da amostra de acordo com creção e faixa etária.

Considerando-se a distribuição da amostra por creção e sexo, observou-se predominância de homens católicos (21,4%, n=48) e homens evangélicos (13,4%, n=30). Entre os homens, predominou a religião católica

(31,0%, n=48), seguida pela evangélica (19,4%, n=30). Entre as mulheres, porém, observou-se igual proporção entre evangélicas e católicas (34,8%, n=24 para ambas as crenças). Estes dados estão demonstrados nas figuras 6 e 7.

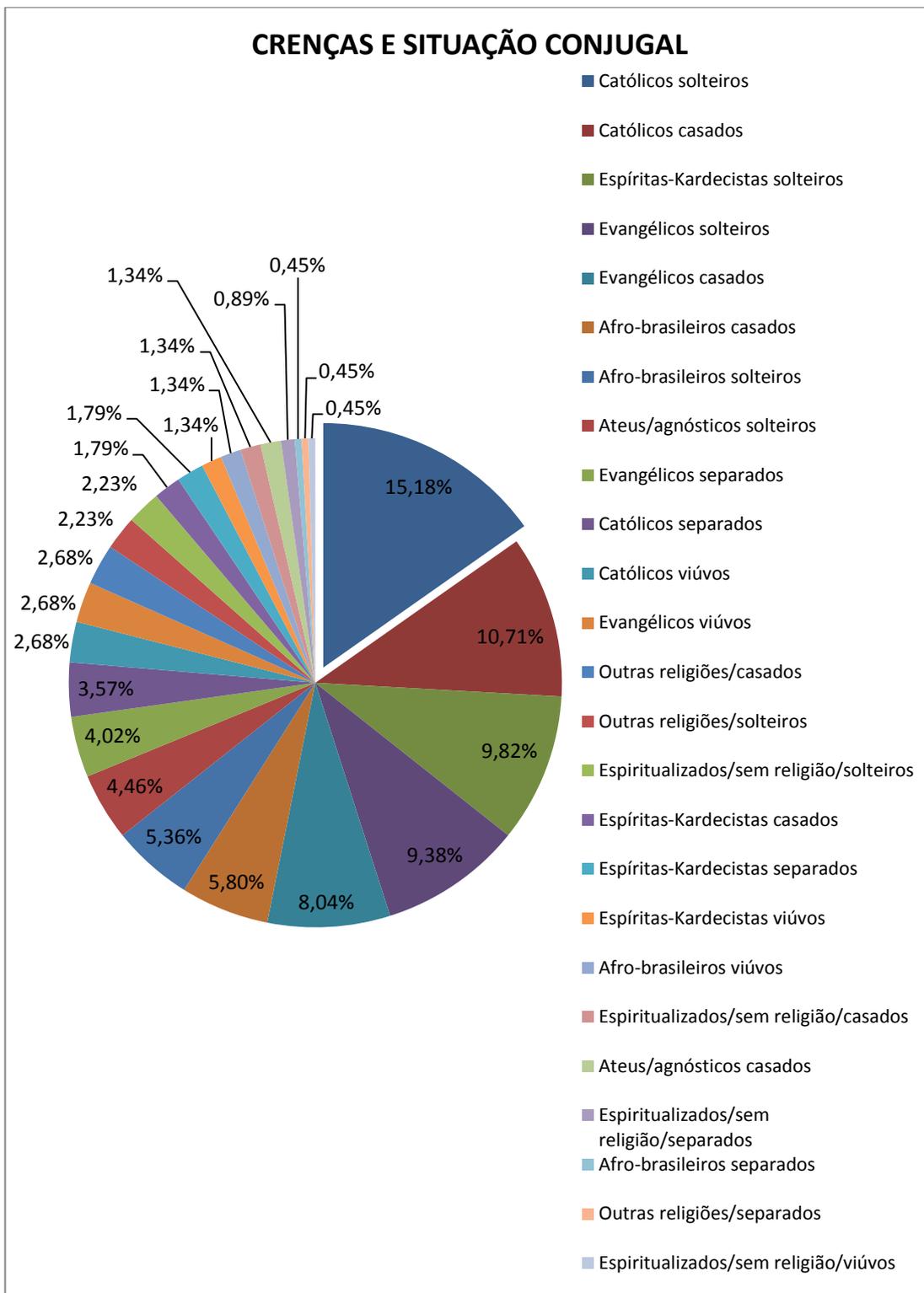


**Figura 6:** Distribuição da amostra por crenças, em ambos os sexos.

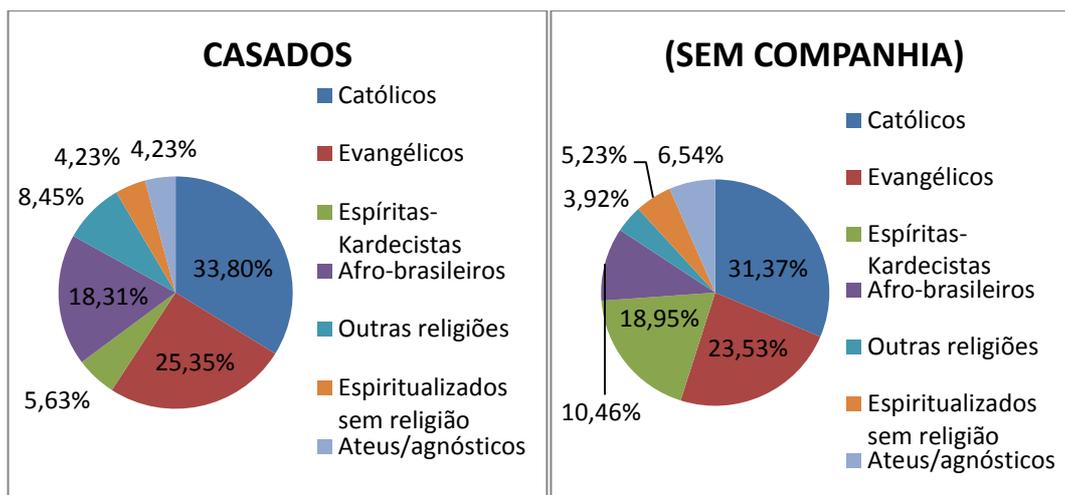


**Figura 7:** Distribuição das crenças entre os respectivos sexos.

Considerando-se a situação conjugal ou estado civil, observou-se predominância dos católicos, sendo 15,2% solteiros (n=34) e 10,7% casados (n=24). Entre todos da amostra, observou-se predominância das religiões católica e evangélica. Considerando-se, porém, todos com situação conjugal “sem companhia” (solteiros, separados e viúvos), observou-se notável predominância também de espíritas-Kardecistas. Estes dados estão representados nas figuras 8 e 9.

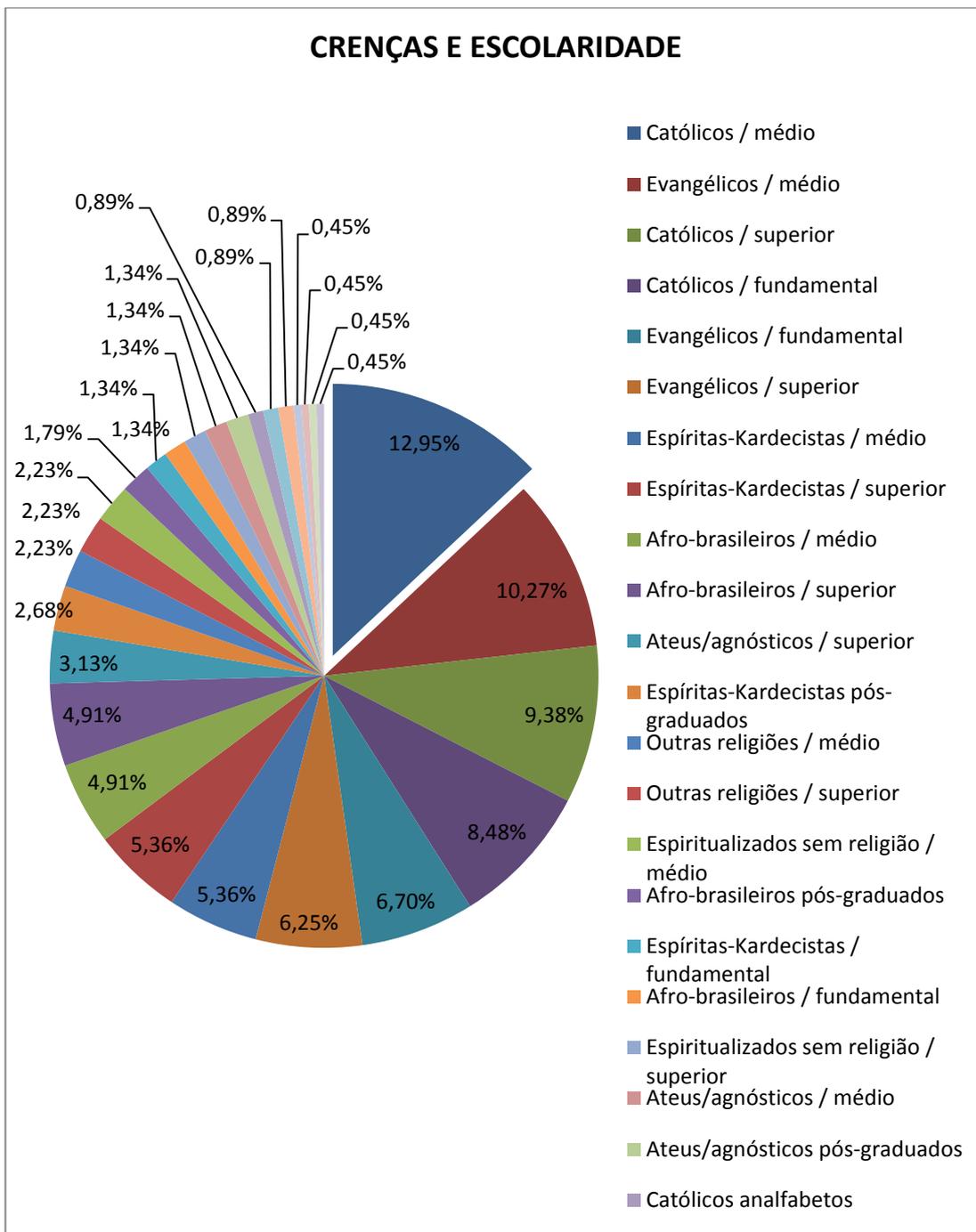


**Figura 8:** Distribuição da amostra considerando-se todas as situações conjugais e respectivas crenças.

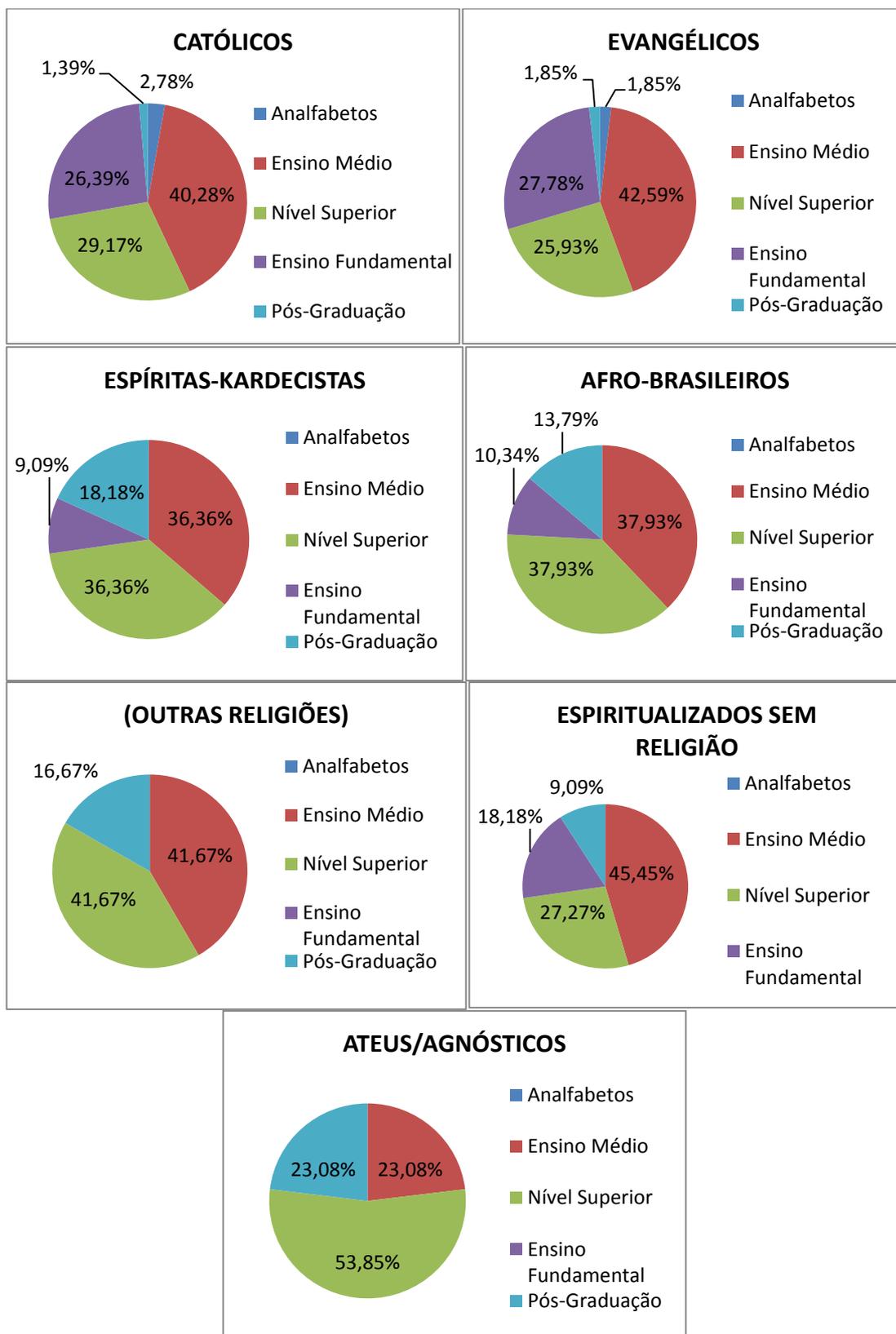


**Figura 9:** Distribuição de crenças, considerando-se situação conjugal com (casados) ou sem companhia (solteiros, separados e viúvos).

Considerando-se a escolaridade em toda a amostra, incluindo todas as crenças, observou-se predominância de católicos e evangélicos com ensino médio (12,9%, n=29 e 10,3%, n=23, respectivamente), seguidos por católicos com nível superior e com ensino fundamental (9,4%, n=21 e 8,5%, n=19, respectivamente). Entre as diferentes crenças, observou-se predominância do ensino médio entre católicos, evangélicos e espiritualizados sem religião. Entre espíritas-Kardecistas, afro-brasileiros e no grupo incluindo outras religiões, observou-se igual proporção entre ensino médio e nível superior. O grupo de ateus/agnósticos foi o único que apresentou maior proporção de pessoas com nível superior. Estes resultados estão demonstrados nas figuras 10 e 11.



**Figura 10:** Distribuição das diferentes crenças de acordo com o grau de escolaridade.



**Figura 11:** Distribuição do grau de escolaridade entre as diferentes crenças.

Entre as classes sociais, baseadas nas definições de características socioeconômicas, observou-se predominância de católicos nas classes A2, B1 e B2, havendo igual proporção entre católicos e evangélicos na classe C2 e predomínio de evangélicos nas classes C1 e D, conforme demonstrado na figura 12.

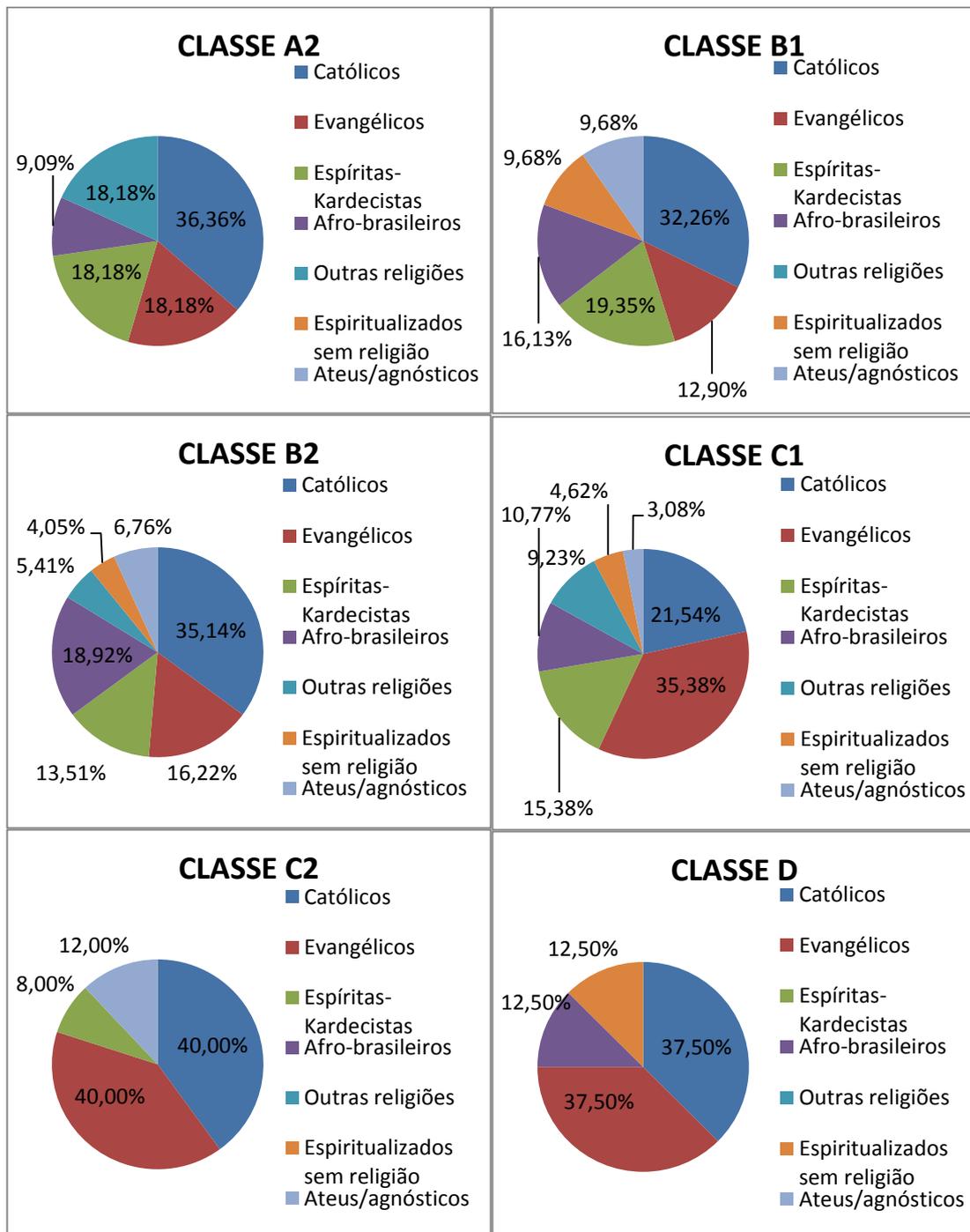


Figura 12: Distribuição de crenças entre as diferentes classes.

## 4.2 – Dados laboratoriais

Foram obtidos os dados laboratoriais de carga viral de 203 pacientes (90,2% da amostra) e contagem sérica e relações de linfócitos CD4 em 201 pacientes (89,3% do total).

Considerando-se os valores de referência adotados pelo Laboratório do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), onde foram realizadas todas as análises aqui descritas, os resultados foram assim categorizados: Dos 203 pacientes com dosagem de carga viral, a maioria apresentava carga indetectável (n=147, 72,4%), sendo estes considerados com adequada resposta ao tratamento antirretroviral. Dos demais, 46 (22,7%) apresentavam carga viral detectável até 100.000 cópias/mL, não sendo esta situação considerada falha terapêutica, podendo corresponder a fatores clínicos diversos, individuais a cada paciente. Finalmente, 10 pacientes (4,9%) apresentavam carga viral acima de 100.000 cópias/mL, considerada elevada para pacientes em tratamento, podendo corresponder a resposta imunológica desfavorável ao tratamento.

Dos 201 pacientes com contagens séricas de linfócitos TCD4+, foi obtida a contagem absoluta das linhagens CD3, CD4 e CD8. As contagens de linfócitos CD3 variaram de 221 a 3373 (média 1468,79 e desvio-padrão 571,71). Considerando-se os valores laboratoriais de referência, a maioria dos pacientes apresentava valores ideais (n=174, 86,6%). As contagens de linfócitos CD4 variaram de 1 a 1595 (média 548,49 e desvio-padrão 309,62), sendo que 107 pacientes (53,2%) apresentavam valores ideais. As contagens de linfócitos CD8 variaram de 200 a 2319 (média 876,18 e desvio-padrão 389,08), estando a maioria dos pacientes (n=154, 76,6%) com valores ideais. Também foi considerada nesses 201 pacientes a relação CD4/CD8, de valor clínico para avaliação da resposta ao tratamento antirretroviral. Assim, observou-se relação CD4/CD8 com valor médio de 0,69 (variando de 0 a 2,26, desvio-padrão 0,43). Considerando-se a

referência laboratorial de resposta imunológica favorável (relação CD4/CD8 de 0,5 a 2,0), observaram-se 121 pacientes nessa situação (60,2%), sendo 78 com relação CD4/CD8 inferior a 0,5 (38,8%) e apenas dois com relação superior a 2,0 (1,0%).

Estes valores estão representados na tabela 2.

**Tabela 2:** Frequência de dados laboratoriais disponíveis avaliados (contagem numérica de carga viral HIV, contagens de linfócitos CD4 e CD8 e relação CD4/CD8).

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% válida</b>
<b>CARGA VIRAL</b>			
Total	203	90,2	100,0
Indetectável	147	65,3	72,4
Detectável	46	20,4	22,7
Elevada	10	4,4	4,9
<b>CD4</b>			
Total	201	89,3	100,0
Faixa Ideal	107	47,6	53,2
Valores Desfavoráveis	94	41,8	46,8
Acima da referência	0	0	0
<b>CD8</b>			
Total	201	89,3	100,0
Faixa Ideal	154	68,4	76,6
Valores Desfavoráveis	2	0,9	1,0
Acima da referência	45	20,0	22,4
<b>RELAÇÃO CD4/CD8</b>			
Total	201	89,3	100,0
Faixa Ideal	121	53,8	60,2
Valores Desfavoráveis	78	34,7	38,8
Acima da referência	2	0,9	1,0

### 4.3 – Dados do questionário WHOQOL-SRPB

Os escores obtidos em cada um dos oito domínios do questionário aplicado aos pacientes são descritos a seguir. Cada domínio era composto de quatro questões com cinco prováveis respostas, sendo o escore mínimo possível de 4 e o máximo, de 20 pontos.

Considerando-se a amostra total dos 225 pacientes, o domínio 1 (“Conexão a ser ou força espiritual”) apresentou escore médio de 14,48 pontos (desvio-padrão 4,43). O domínio 2 (“Sentido na vida”) apresentou escore médio de 16,07 pontos (desvio-padrão 3,09). O domínio 3 (“Admiração”) apresentou escore médio de 16,28 pontos (desvio-padrão 3,01). O domínio 4 (“Totalidade e integração”) apresentou escore médio de 15,20 pontos (desvio-padrão 2,91). O domínio 5 (“Força espiritual”) apresentou escore médio de 15,45 pontos (desvio-padrão 3,88). O domínio 6 (“Paz interior”) apresentou escore médio de 14,90 pontos (desvio-padrão 2,90). O domínio 7 (“Esperança e otimismo”) apresentou escore médio de 15,53 pontos (desvio-padrão 3,02) e o domínio 8 (“Fé”) apresentou escore médio de 15,86 pontos (desvio-padrão 4,28). O escore final do questionário, obtido a partir da soma dos escores dos oito domínios individuais, cujo valor mínimo poderia ser 32 e o máximo, 160 pontos, apresentou pontuação média de 123,78 (desvio-padrão 21,52). Estes dados estão representados no quadro 3.

**Quadro 3:** Médias dos escores por domínios, em ordem decrescente.

	<b>MÉDIA</b>	<b>DP</b>
<b>DOMÍNIO 3: ADMIRAÇÃO</b>	16,28	3,01
<b>DOMÍNIO 2: SENTIDO NA VIDA</b>	16,07	3,09
<b>DOMÍNIO 8: FÉ</b>	15,86	4,28
<b>DOMÍNIO 7: ESPERANÇA E OTIMISMO</b>	15,53	3,02
<b>DOMÍNIO 5: FORÇA ESPIRITUAL</b>	15,45	3,88
<b>DOMÍNIO 4: TOTALIDADE E INTEGRAÇÃO</b>	15,20	2,91
<b>DOMÍNIO 6: PAZ INTERIOR</b>	14,90	2,90
<b>DOMÍNIO 1: CONEXÃO A SER OU FORÇA ESPIRITUAL</b>	14,48	4,43
<b>SOMA DOS DOMÍNIOS</b>	123,78	21,52

#### **4.4 – Associações**

##### **4.4.1 – Crenças e escores do questionário por domínio**

A avaliação dos escores obtidos em cada um dos oito domínios do questionário, quando relacionados à religiosidade, é descrita a seguir, e demonstrada no quadro 4.

Todos os domínios apresentaram os escores mais altos em algum grupo religioso: evangélicos (domínios 5, 6 e 7), afro-brasileira (domínios 2 e 4), espíritas/Kardecistas (domínio 3) e outras religiões (domínios 1 e 8). Por outro lado, os menores escores foram observados, na maioria dos domínios, nos grupos de “ateus/agnósticos”, exceto no domínio 7, com os menores escores no grupo “outras religiões”.

**Quadro 4:** Médias dos escores por domínios e crenças.

	<b>CRENÇA</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>DP</b>
<b>DOMÍNIO 1: CONEXÃO A SER</b>	Católicos	13,93	4,50
	Evangélicos	16,19	3,18
	Espírita-Kardecista	14,09	4,26
	Afro-Brasileira	17,0	2,21
	Ateu/ Agnóstico	6,08	3,63
	Outras Religiões	17,0	2,21
	Espiritualizado sem Religião	15,64	3,13
<b>DOMÍNIO 2: SENTIDO NA VIDA</b>	Católicos	15,54	3,41
	Evangélicos	16,94	2,13
	Espírita-Kardecista	15,58	3,44
	Afro-Brasileira	17,31	1,67
	Ateu/ Agnóstico	12,77	4,45
	Outras Religiões	16,17	1,74
	Espiritualizado sem Religião	16,91	2,54
<b>DOMÍNIO 3: ADMIRAÇÃO</b>	Católicos	15,47	3,28
	Evangélicos	16,74	2,48
	Espírita-Kardecista	16,97	3,14
	Afro-Brasileira	16,90	2,76
	Ateu/ Agnóstico	14,69	3,22
	Outras Religiões	16,83	2,82
	Espiritualizado sem Religião	16,82	2,67
<b>DOMÍNIO 4: TOTALIDADE E INTEGRAÇÃO</b>	Católicos	14,93	2,73
	Evangélicos	15,59	2,52
	Espírita-Kardecista	15,09	3,59
	Afro-Brasileira	15,86	2,73
	Ateu/ Agnóstico	13,54	3,66
	Outras Religiões	15,58	2,67
	Espiritualizado sem Religião	15,09	3,30
<b>DOMÍNIO 5: FORÇA ESPIRITUAL</b>	Católicos	14,72	3,70
	Evangélicos	16,96	2,69
	Espírita-Kardecista	15,36	3,82
	Afro-Brasileira	16,03	3,24
	Ateu/ Agnóstico	8,85	5,32
	Outras Religiões	17,50	1,83
	Espiritualizado sem Religião	16,73	2,24
<b>DOMÍNIO 6: PAZ INTERIOR</b>	Católicos	14,69	2,96
	Evangélicos	15,43	2,53
	Espírita-Kardecista	14,48	3,35
	Afro-Brasileira	15,07	2,69
	Ateu/ Agnóstico	14,15	3,41
	Outras Religiões	14,92	2,77
	Espiritualizado sem Religião	15,09	3,23
<b>DOMÍNIO 7: ESPERANÇA E OTIMISMO</b>	Católicos	14,81	2,99
	Evangélicos	16,44	2,35
	Espírita-Kardecista	15,70	3,26
	Afro-Brasileira	15,79	3,55
	Ateu/ Agnóstico	14,69	4,09
	Outras Religiões	14,58	2,19
	Espiritualizado sem Religião	16,27	2,19
<b>DOMÍNIO 8: FÉ</b>	Católicos	15,39	4,17
	Evangélicos	17,43	2,84
	Espírita-Kardecista	15,39	4,30
	Afro-Brasileira	16,90	3,31
	Ateu/ Agnóstico	7,54	4,33
	Outras Religiões	18,0	2,0
	Espiritualizado sem Religião	17,09	3,08

A média dos escores finais dos domínios foi maior no grupo “evangélicos” (média 131,72, dp=15,44) e a menor no grupo “ateus/agnósticos” (média 92,31, dp=19,96).

Embora tenham sido observadas diferenças numéricas com maior ou menor amplitude entre os domínios, tanto nos escores dos domínios como nos escores totais, não houve diferença estatisticamente significativa entre eles.

#### **4.4.2 – Crenças e dados laboratoriais**

Considerando-se os pacientes que possuíam os dados laboratoriais de carga viral, contagem de linfócitos TCD4+ e relação CD4/CD8, não houve diferença significativa na distribuição desses dados em relação à crença religiosa, conforme demonstrado nas tabelas 3, 4, 5 e 6.

**Tabela 3:** Relação entre crença religiosa e carga viral.

<b>CRENÇA</b>	<b>CARGA VIRAL (CÓPIAS/ ML)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% VÁLIDA</b>
<b>CATÓLICA</b>	Indetectável	52	72,2	80,0
	Detectável (requer avaliação)	10	13,9	15,4
	Carga viral alta	3	4,2	4,6
	Total	65	90,3	100,0
	Ausente	7	9,7	
<b>EVANGÉLICA</b>	Indetectável	31	57,4	63,3
	Detectável (requer avaliação)	17	31,5	34,7
	Carga viral alta	1	1,9	2,0
	Total	49	90,7	100,0
	Ausente	5	9,3	
<b>ESPÍRITA-KARDECISTA</b>	Indetectável	18	54,5	62,1
	Detectável (requer avaliação)	9	27,3	31,0
	Carga viral alta	2	6,1	6,9
	Total	29	87,9	100,0
	Ausente	4	12,1	
<b>AFRO-BRASILEIRA</b>	Indetectável	22	75,9	81,5
	Detectável (requer avaliação)	4	13,8	14,8
	Carga viral alta	1	3,4	3,7
	Total	27	93,1	100,0
	Ausente	2	6,9	
<b>OUTRAS RELIGIÕES</b>	Indetectável	8	66,7	80,0
	Detectável (requer avaliação)	1	8,3	10,0
	Carga viral alta	1	8,3	10,0
	Total	10	83,3	100,0
	Ausente	2	16,7	
<b>ESPIRITUALIZADO SEM RELIGIÃO</b>	Indetectável	5	45,5	50,0
	Detectável (requer avaliação)	3	27,3	30,0
	Carga viral alta	2	18,2	20,0
	Total	10	90,9	100,0
	Ausente	1	9,1	
<b>ATEU/AGNÓSTICO</b>	Indetectável	10	76,9	83,3
	Detectável (requer avaliação)	2	15,4	16,7
	Carga viral alta	0	0,0	0,0
	Total	12	92,3	100,0
	Ausente	1	7,7	

**Tabela 4:** Relação entre crença religiosa e Linfócitos CD4.

<b>CRENÇA</b>	<b>LINFÓCITOS CD4</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% VÁLIDA</b>
<b>CATÓLICA</b>	Resposta imune desfavorável	33	45,8	51,6
	Normal	31	43,1	48,4
	Situação de exceção	0	0,0	0,0
	Total	64	88,9	100,0
	Ausente	8	11,1	
<b>EVANGÉLICA</b>	Resposta imune desfavorável	25	46,3	51,0
	Normal	24	44,4	49,0
	Situação de exceção	0	0,0	0,0
	Total	49	90,7	100,0
	Ausente	5	9,3	
<b>ESPÍRITA-KARDECISTA</b>	Resposta imune desfavorável	11	33,3	39,3
	Normal	17	51,5	60,7
	Situação de exceção	0	0,0	0,0
	Total	28	84,8	100,0
	Ausente	5	15,2	
<b>AFRO-BRASILEIRA</b>	Resposta imune desfavorável	12	41,4	44,4
	Normal	15	51,7	55,6
	Situação de exceção	0	0,0	0,0
	Total	27	93,1	100,0
	Ausente	2	6,9	
<b>OUTRAS RELIGIÕES</b>	Resposta imune desfavorável	5	41,7	50,0
	Normal	5	41,7	50,0
	Situação de exceção	0	0,0	0,0
	Total	10	83,3	100,0
	Ausente	2	16,7	
<b>ESPIRITUALIZADO SEM RELIGIÃO</b>	Resposta imune desfavorável	3	27,3	30,0
	Normal	7	63,6	70,0
	Situação de exceção	0	0,0	0,0
	Total	10	90,9	100,0
	Ausente	1	9,1	
<b>ATEU/AGNÓSTICO</b>	Resposta imune desfavorável	4	30,8	33,3
	Normal	8	61,5	66,7
	Situação de exceção	0	0,0	0,0
	Total	12	92,3	100,0
	Ausente	1	7,7	

**Tabela 5:** Relação entre crença religiosa e Linfócitos CD8.

<b>CRENÇA</b>	<b>LINFÓCITOS CD8</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% VÁLIDA</b>
<b>CATÓLICA</b>	Resposta imune desfavorável	0	0,0	0,0
	Normal	52	72,2	81,3
	Situação de exceção	12	16,7	18,8
	Total	64	88,9	100,0
	Ausente	8	11,1	
<b>EVANGÉLICA</b>	Resposta imune desfavorável	2	3,7	4,1
	Normal	35	64,8	71,4
	Situação de exceção	12	22,2	24,5
	Total	49	90,7	100,0
	Ausente	5	9,3	
<b>ESPÍRITA-KARDECISTA</b>	Resposta imune desfavorável	0	0,0	0,0
	Normal	20	60,6	71,4
	Situação de exceção	8	24,2	28,6
	Total	28	84,8	100,0
	Ausente	5	15,2	
<b>AFRO-BRASILEIRA</b>	Resposta imune desfavorável	0	0,0	0,0
	Normal	20	69,0	74,1
	Situação de exceção	7	24,1	25,9
	Total	27	93,1	100,0
	Ausente	2	6,9	
<b>OUTRAS RELIGIÕES</b>	Resposta imune desfavorável	0	0,0	0,0
	Normal	7	58,3	70,0
	Situação de exceção	3	25,0	30,0
	Total	10	83,3	100,0
	Ausente	2	16,7	
<b>ESPIRITUALIZADO SEM RELIGIÃO</b>	Resposta imune desfavorável	0	0,0	0,0
	Normal	9	81,8	90,0
	Situação de exceção	1	9,1	10,0
	Total	10	90,9	100,0
	Ausente	1	9,1	
<b>ATEU/AGNÓSTICO</b>	Resposta imune desfavorável	0	0,0	0,0
	Normal	10	76,9	83,3
	Situação de exceção	2	15,4	16,7
	Total	12	92,3	100,0
	Ausente	1	7,7	

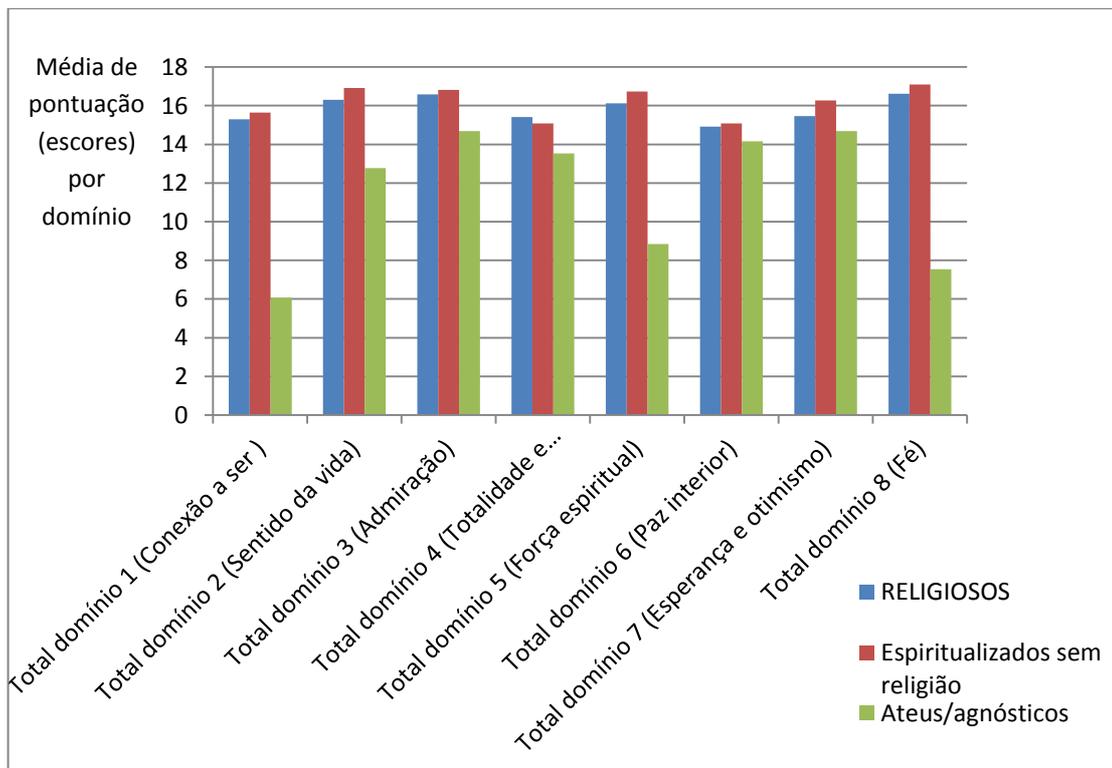
**Tabela 6:** Relação entre crença religiosa e relação CD4/CD8.

<b>CRENÇA</b>	<b>RELAÇÃO CD4/ CD8</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% VÁLIDA</b>
<b>CATÓLICA</b>	Resposta imune	26	36,1	40,6
	desfavorável	38	52,8	59,4
	Normal	0	0,0	0,0
	Situação de exceção	64	88,9	100,0
	Total	8	11,1	
	Ausente			
<b>EVANGÉLICA</b>	Resposta imune	20	37,0	40,8
	desfavorável	28	51,9	57,1
	Normal	1	1,9	2,0
	Situação de exceção	49	90,7	100,0
	Total	5	9,3	
	Ausente			
<b>ESPÍRITA-KARDECISTA</b>	Resposta imune	11	33,3	39,3
	desfavorável	17	51,5	60,7
	Normal	0	0,0	0,0
	Situação de exceção	28	84,8	100,0
	Total	5	15,2	
	Ausente			
<b>AFRO-BRASILEIRA</b>	Resposta imune	7	24,1	25,9
	desfavorável	20	69,0	74,1
	Normal	0	0,0	0,0
	Situação de exceção	27	93,1	100,0
	Total	2	6,9	
	Ausente			
<b>OUTRAS RELIGIÕES</b>	Resposta imune	5	41,7	50,0
	desfavorável	5	41,7	50,0
	Normal	0	0,0	0,0
	Situação de exceção	10	83,3	100,0
	Total	2	16,7	
	Ausente			
<b>ESPIRITUALIZADO SEM RELIGIÃO</b>	Resposta imune	4	36,4	40,0
	desfavorável	5	45,5	50,0
	Normal	1	9,1	10,0
	Situação de exceção	10	90,9	100,0
	Total	1	9,1	
	Ausente			
<b>ATEU/AGNÓSTICO</b>	Resposta imune	5	38,5	41,7
	desfavorável	7	53,8	58,3
	Normal	0	0,0	0,0
	Situação de exceção	12	92,3	100,0
	Total	1	7,7	
	Ausente			

#### 4.4.3 – Religiosidade e espiritualidade (R/E) e escores dos domínios

Para fins de associação à R/E e com o objetivo de evitar associação que favorecesse ou prejudicasse a avaliação de qualquer das religiões declaradas nos questionários, as seguintes associações foram estabelecidas agrupando-se as diversas crenças religiosas em uma só categoria (“religiosos”), em relação a “espiritualizados sem religião” e “ateus/agnósticos”.

Assim, considerando-se os domínios individuais e os escores finais dos pacientes “religiosos”, “espiritualizados” e “ateus/agnósticos”, observaram-se sempre os menores escores no grupo “ateus/agnósticos”, embora sem diferença estatisticamente significativa, como descritos na figura 13.



**Figura 13:** Domínios *versus* grupos religiosos: escores menores demonstrados nos grupos de ateus/agnósticos.

De maneira semelhante, considerando-se o grupo “religiosos”, em comparação aos demais, também não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição e valores de carga viral, linfócitos TCD4+ e relação CD4/CD8, conforme demonstrado nas tabelas 7, 8, 9 e 10.

**Tabela 7:** Relação entre grupos religiosos e carga viral.

<b>GRUPOS RELIGIOSOS</b>	<b>CARGA VIRAL (CÓPIAS/ML)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% VÁLIDA</b>
<b>RELIGIOSOS</b>	Indetectável	131	65,5	72,8
	Detectável (requer avaliação)	41	20,5	22,8
	Carga Viral alta	8	4,0	4,4
	Total	180	90,0	100,0
	Ausente	20	10,0	
<b>ESPIRITUALIZADOS SEM RELIGIÃO</b>	Indetectável	5	45,5	50,0
	Detectável (requer avaliação)	3	27,3	30,0
	Carga Viral alta	2	18,2	20,0
	Total	10	90,9	100,0
	Ausente	1	9,1	
<b>ATEUS/ AGNÓSTICOS</b>	Indetectável	10	76,9	83,3
	Detectável (requer avaliação)	2	15,4	16,7
	Carga Viral alta	0	0,0	0,0
	Total	12	92,3	100,0
	Ausente	1	7,7	

**Tabela 8:** Relação entre grupos religiosos e Linfócitos CD4.

<b>GRUPOS RELIGIOSOS</b>	<b>LINFÓCITOS CD4</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% VÁLIDA</b>
<b>RELIGIOSOS</b>	Resposta imune desfavorável	86	43,0	48,3
	Normal	92	46,0	51,7
	Situação de exceção	0	0,0	0,0
	Total	178	89,0	100,0
	Ausente	22	11,0	
<b>ESPIRITUALIZADOS SEM RELIGIÃO</b>	Resposta imune desfavorável	3	27,3	30,0
	Normal	7	63,6	70,0
	Situação de exceção	0	0,0	0,0
	Total	10	90,9	100,0
	Ausente	1	9,1	
<b>ATEUS/ AGNÓSTICOS</b>	Resposta imune desfavorável	4	30,8	33,3
	Normal	8	61,5	66,7
	Situação de exceção	0	0,0	0,0
	Total	12	92,3	100,0
	Ausente	1	7,7	

**Tabela 9:** Relação entre grupos religiosos e Linfócitos CD8.

<b>GRUPOS RELIGIOSOS</b>	<b>LINFÓCITOS CD8</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% VÁLIDA</b>
<b>RELIGIOSOS</b>	Resposta imune desfavorável	2	1,0	1,1
	Normal	134	67,0	75,3
	Situação de exceção	42	21,0	23,6
	Total	178	89,0	100,0
	Ausente	22	11,0	
<b>ESPIRITUALIZADOS SEM RELIGIÃO</b>	Resposta imune desfavorável	0	0,0	0,0
	Normal	9	81,8	90,0
	Situação de exceção	1	9,1	10,0
	Total	10	90,9	100,0
	Ausente	1	9,1	
<b>ATEUS/ AGNÓSTICOS</b>	Resposta imune desfavorável	0	0,0	0,0
	Normal	10	76,9	83,3
	Situação de exceção	2	15,4	16,7
	Total	12	92,3	100,0
	Ausente	1	7,1	

**Tabela 10:** Relação entre grupos religiosos e relação CD4/CD8.

<b>GRUPOS RELIGIOSOS</b>	<b>RELAÇÃO CD4/CD8</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% VÁLIDA</b>
<b>RELIGIOSOS</b>	Resposta imune desfavorável	69	34,5	38,8
	Normal	108	54,0	60,7
	Situação de exceção	1	5,0	6,0
	Total	178	89,0	100,0
	Ausente	22	11,0	
<b>ESPIRITUALIZADOS SEM RELIGIÃO</b>	Resposta imune desfavorável	4	36,4	40,0
	Normal	5	45,5	50,0
	Situação de exceção	1	9,1	10,0
	Total	10	90,9	100,0
	Ausente	1	9,1	
<b>ATEUS/ AGNÓSTICOS</b>	Resposta imune desfavorável	5	38,5	41,7
	Normal	7	53,8	58,3
	Situação de exceção	0	0,0	0,0
	Total	12	92,3	100,0
	Ausente	1	7,7	

Em função dessa observação, para estabelecimento das associações entre os escores obtidos nos questionários e também os dados laboratoriais de carga viral e linfócitos TCD4+, os grupos “religiosos” e “espiritualizados” foram unificados em um único grupo, “R/E” e as

associações foram estabelecidas utilizando-se esse novo grupo, em comparação ao grupo “ateus/agnósticos”.

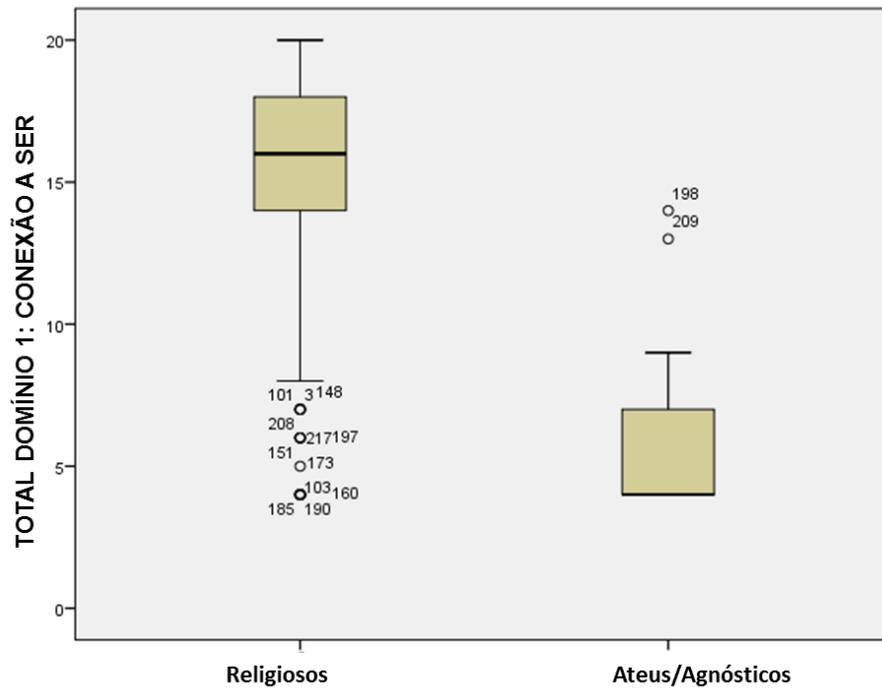
Desta forma, considerando-se os grupos “R/E” e “ateus/agnósticos”, conforme já descrito anteriormente, manteve-se a observação dos menores escores (em cada domínio e nos escores finais) para o grupo “ateus/agnósticos”.

Em determinados domínios, foi possível observar uma diferença numérica evidente entre os grupos, conforme apresentado na tabela 11. Nos demais domínios, a diferença observada entre os escores dos grupos foi consideravelmente menor, havendo valores muito semelhantes em alguns deles. Não houve, de fato, diferença estatisticamente significativa entre os resultados destes domínios.

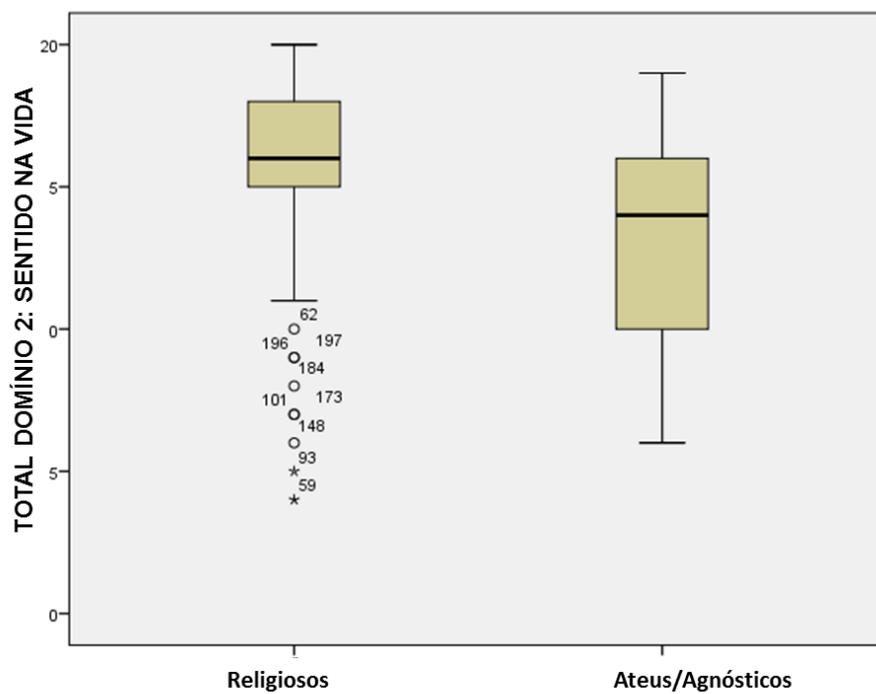
**Tabela 11:** Escores dos diferentes domínios de acordo com a crença religiosa.

	CRENÇA							
	RELIGIOSOS				ATEUS/ AGNÓSTICOS			
	MÉDIA	DP	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DP	MÍNIMO	MÁXIMO
<b>DOMÍNIO 1: CONEXÃO A SER OU FORÇA ESPIRITUAL</b>	14,98	3,94	4	20	6,08	3,63	4	14
<b>DOMÍNIO 2: SENTIDO NA VIDA</b>	16,26	2,87	4	20	12,77	4,45	6	19
<b>DOMÍNIO 3: ADMIRAÇÃO</b>	16,37	2,98	7	20	14,69	3,22	9	20
<b>DOMÍNIO 4: TOTALIDADE E INTEGRAÇÃO</b>	15,30	2,85	7	20	13,54	3,66	8	18
<b>DOMÍNIO 5: FORÇA ESPIRITUAL</b>	15,84	3,39	4	20	8,85	5,32	4	16
<b>DOMÍNIO 6: PAZ INTERIOR</b>	14,93	2,87	5	20	14,15	3,41	9	20
<b>DOMÍNIO 7: ESPERANÇA E OTIMISMO</b>	15,56	2,95	6	20	14,69	4,09	6	20
<b>DOMÍNIO 8: FÉ</b>	16,36	3,72	4	20	7,54	4,33	4	16
<b>MÉDIA DOS ESCORES FINAIS</b>	125,60	20,09	55	160	92,31	19,96	56	126

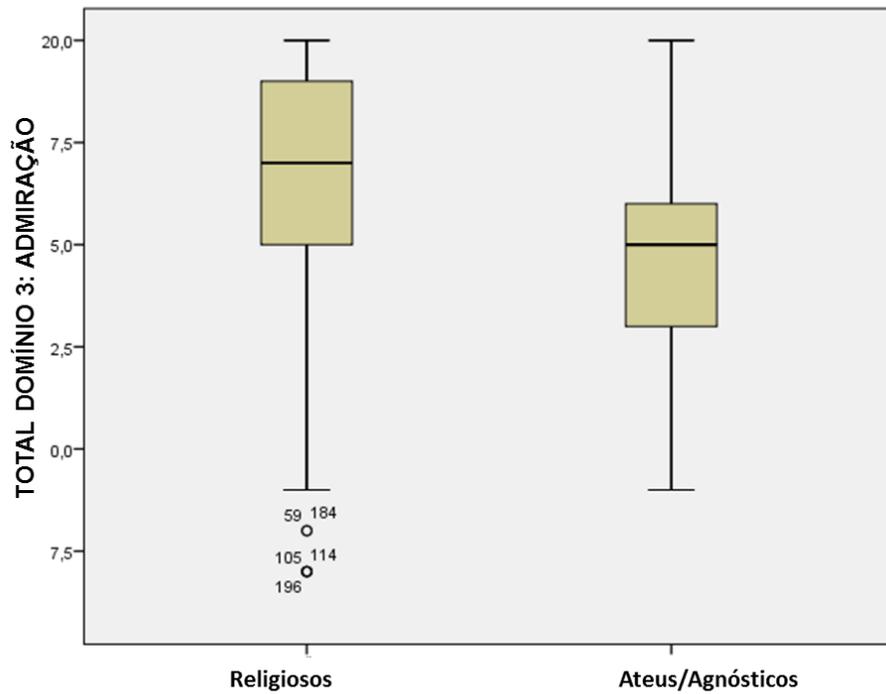
A representação gráfica das diferenças entre os escores dos diferentes domínios nos grupos R/E e ateus/agnósticos está distribuída nas figuras 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 e 22.



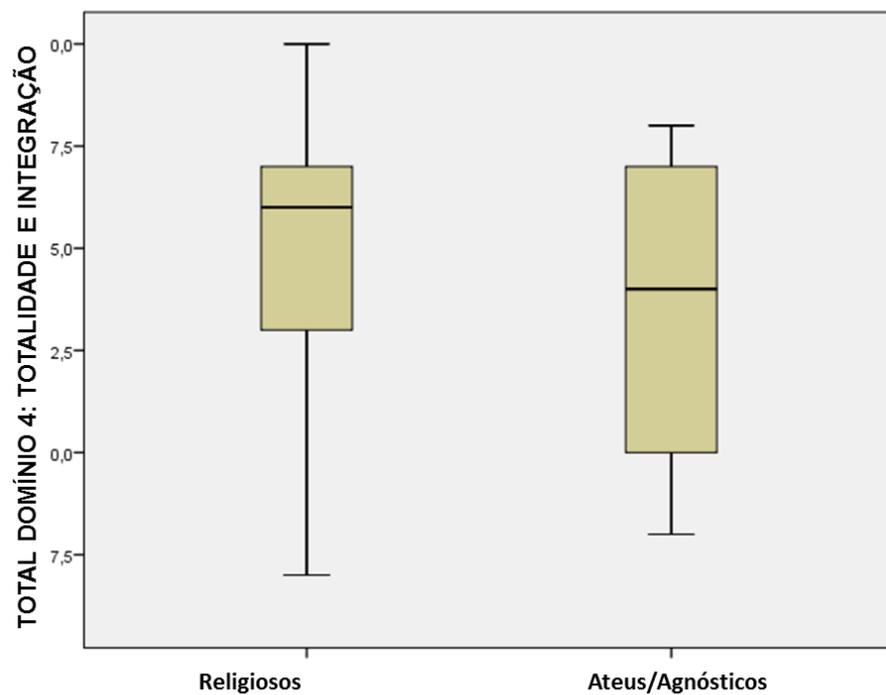
**Figura 14:** Escores do domínio 1 (Conexão a ser): Religiosos *versus* Ateus/Agnósticos.



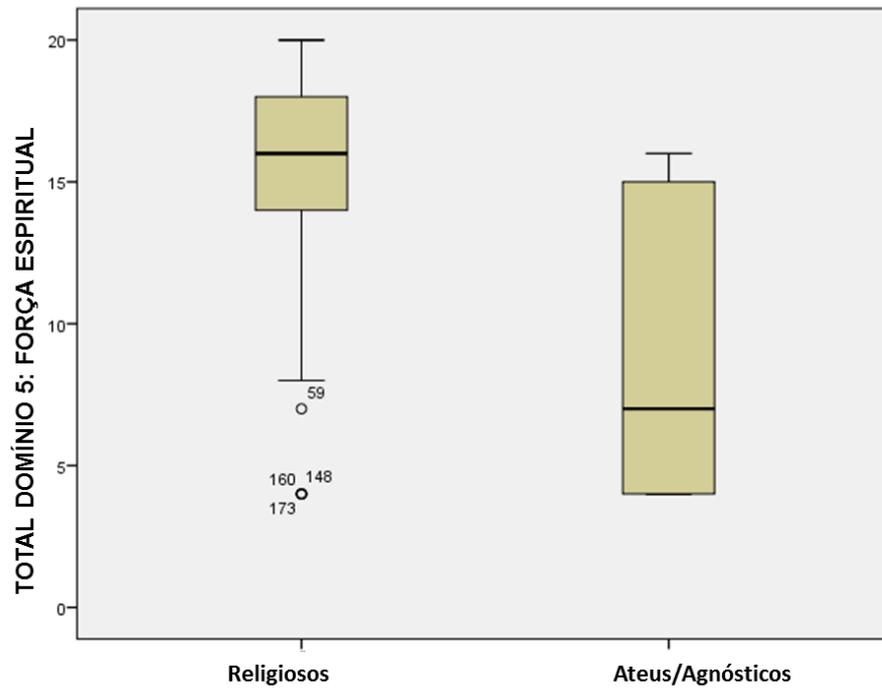
**Figura 15:** Escores do domínio 2 (Sentido na Vida): Religiosos *versus* Ateus/Agnósticos.



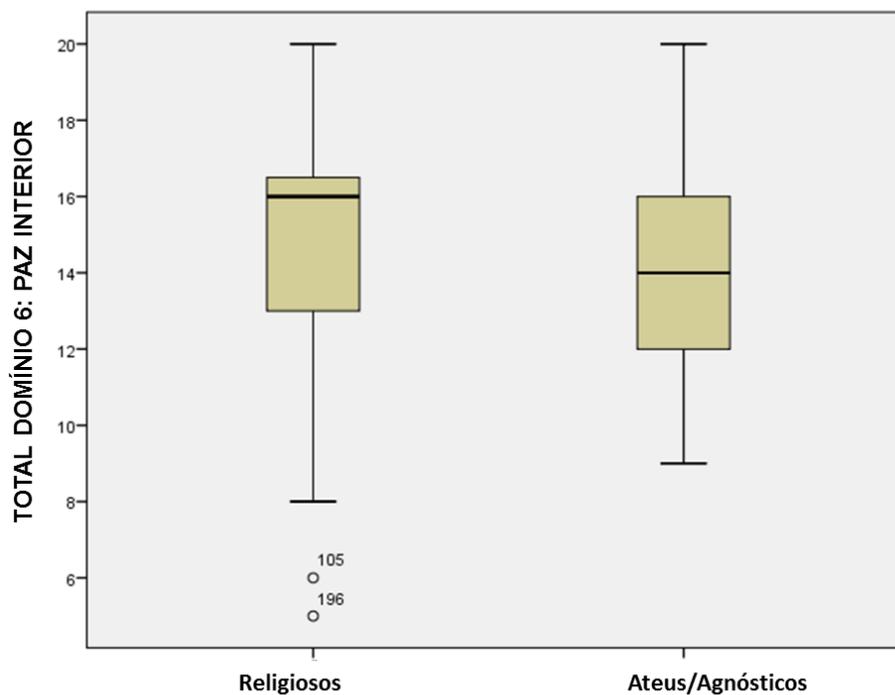
**Figura 16:** Escores do domínio 3 (Admiração) : Religiosos *versus* Ateus/Agnósticos.



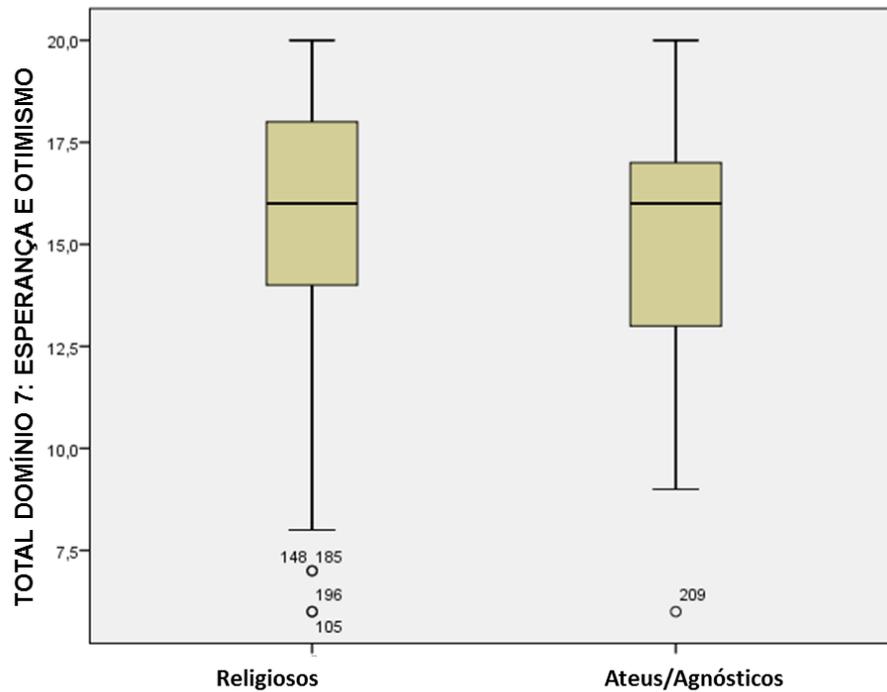
**Figura 17:** Escores do domínio 4 (Totalidade e integração): Religiosos *versus* Ateus/Agnósticos.



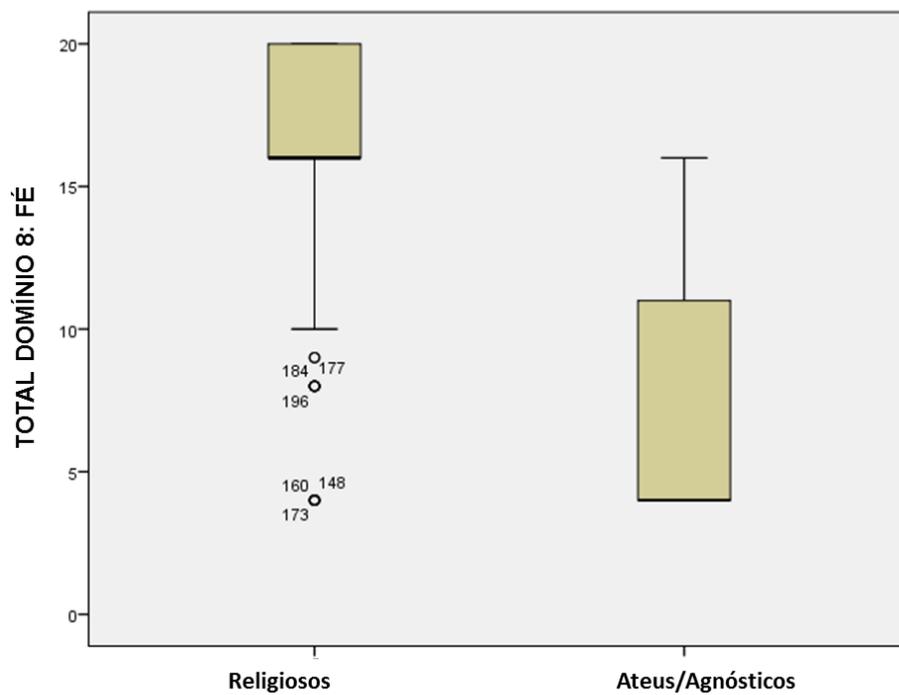
**Figura 18:** Escores do domínio 5 (Força espiritual): Religiosos *versus* Ateus/Agnósticos.



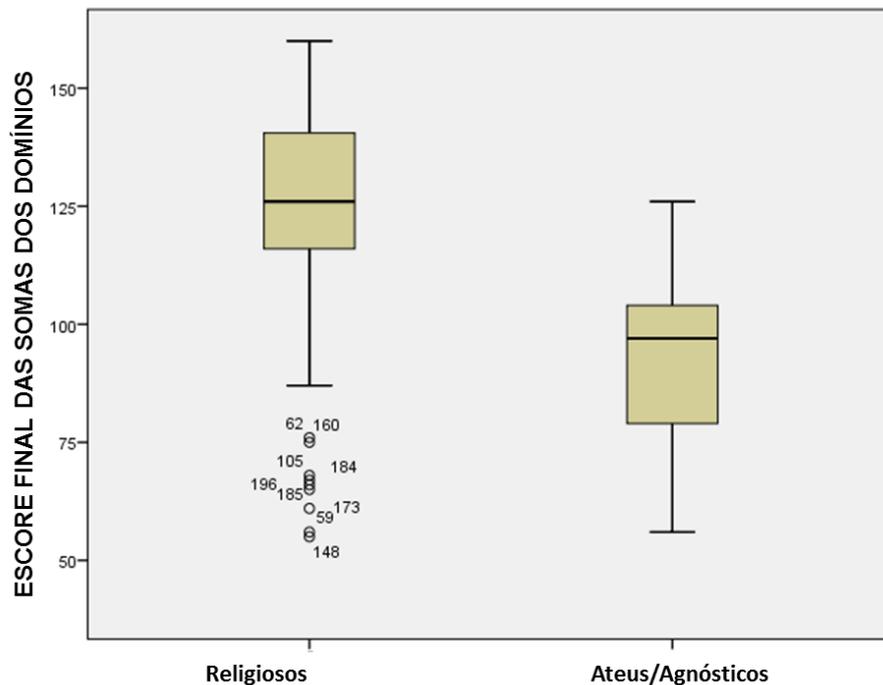
**Figura 19:** Escores do domínio 6 (Paz interior): Religiosos *versus* Ateus/Agnósticos.



**Figura 20:** Escores do domínio 7 (Esperança e otimismo): Religiosos *versus* Ateus/Agnósticos.



**Figura 21:** Escores do domínio 8 (Fé): Religiosos *versus* Ateus/Agnósticos.



**Figura 22:** Escores finais dos domínios: Religiosos *versus* Ateus/Agnósticos.

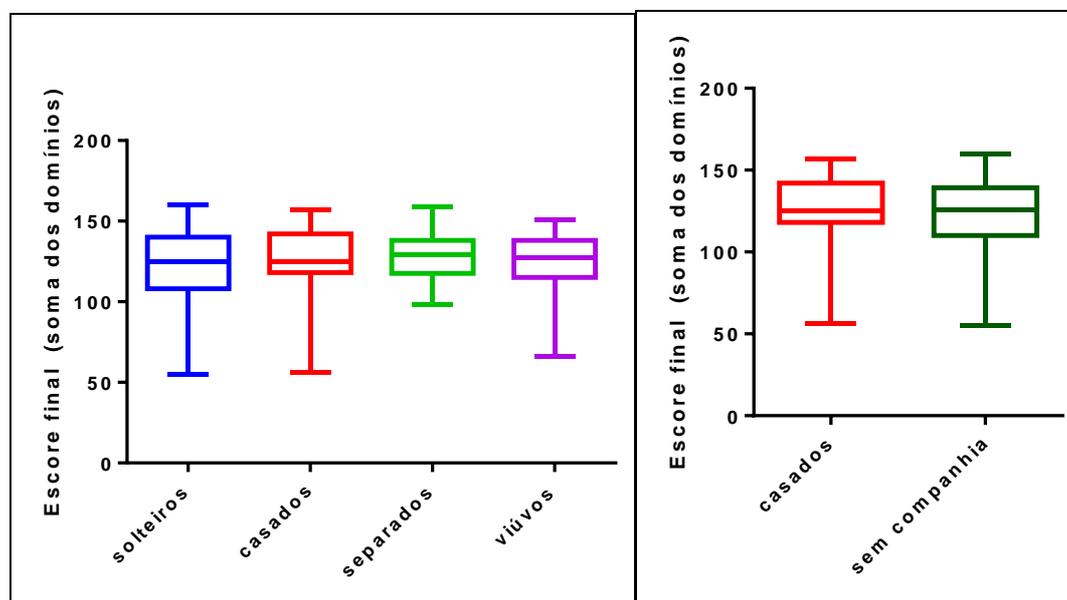
Considerando-se as associações entre valores laboratoriais de carga viral, contagem sérica de linfócitos TCD4+ e suas linhagens (CD3, CD4 e CD8), bem como a relação CD4/CD8, nos grupos “R/E” e “ateus/agnósticos”, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, tomando-se por base os valores de referência para resposta ou condição imunológica favorável ou desfavorável, sendo esta, também, um possível indicador de boa resposta ao tratamento antirretroviral, conforme descrito anteriormente. Dados descritos na tabela 12.

**Tabela 12:** Associação entre resultados imunológicos e crença.

CRENÇA	CARGA VIRAL (CÓPIAS/ML)		CD4		RELAÇÃO CD4/CD8	
	Detectável	Indetectável	Desfavorável	Normal	Desfavorável	Normal
	N	N	N	N	N	N
RELIGIOSOS/ ESPIRITUALIZADOS	54	136	89	99	73	115
ATEUS/ AGNÓSTICOS	2	10	4	8	5	7

#### 4.4.4 – Situação conjugal e escores

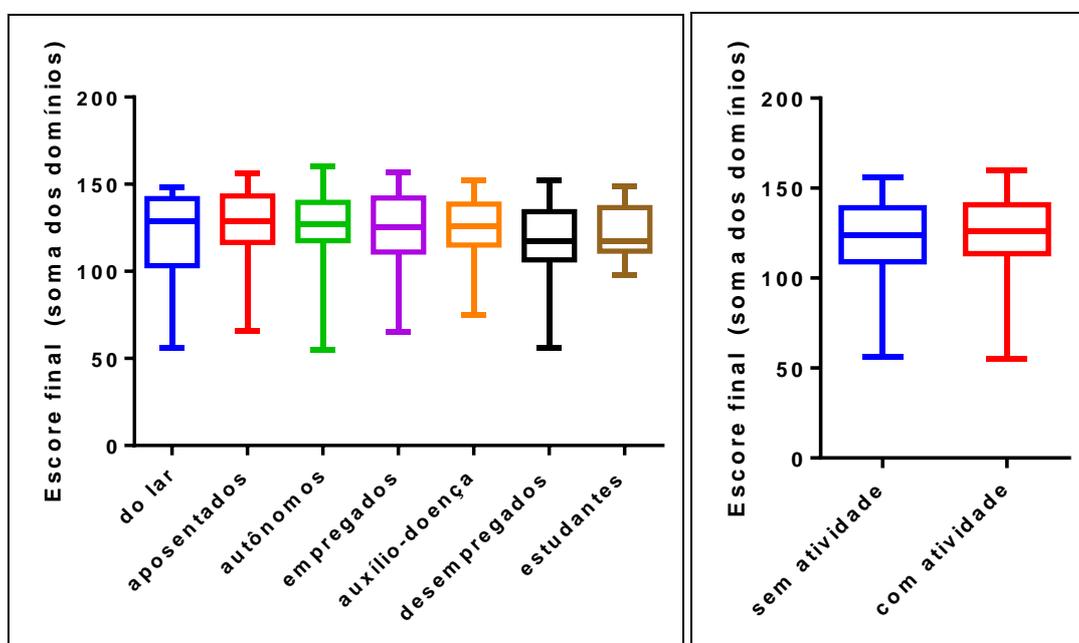
Associando-se as médias finais dos domínios à situação conjugal, não se observou diferença estatisticamente significativa entre os diferentes grupos e os resultados obtidos, mesmo redistribuindo-se os indivíduos entre “com companhia” (casados) e “sem companhia” (solteiros, separados e viúvos), conforme demonstrado na figura 23.



**Figura 23:** situação conjugal *versus* escores finais dos domínios. Distribuição entre todas as situações conjugais e comparação entre situações “sem companhia” (solteiros, separados e viúvos) e casados.

#### 4.4.5 – Ocupação e escores

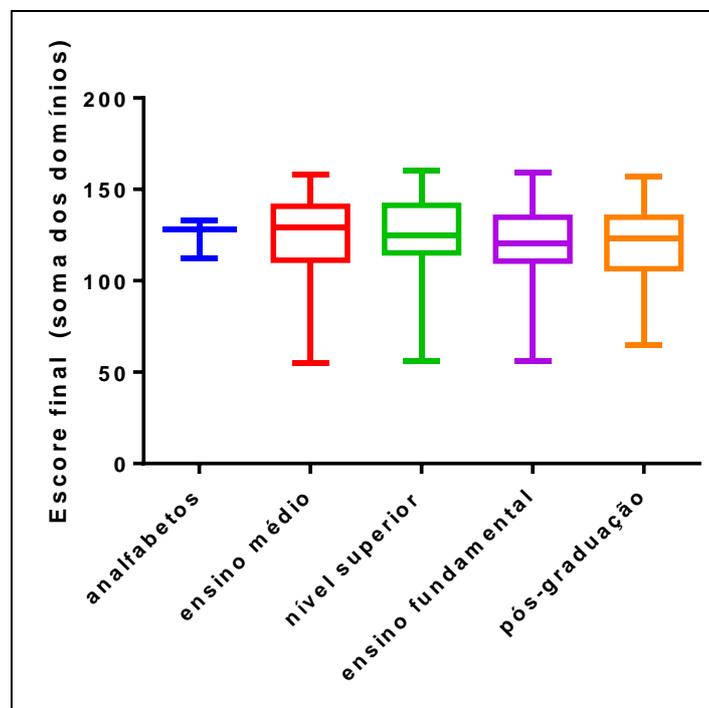
Associando-se as médias dos escores finais dos domínios à ocupação, não se observou diferença estatisticamente significativa entre os diferentes grupos e os resultados obtidos, mesmo redistribuindo-se os indivíduos entre “com atividade remunerada” (autônomos e empregados) e “sem atividade remunerada” (do lar, aposentados, auxílio-doença, desempregados e estudantes), conforme demonstrado na figura 24.



**Figura 24:** Ocupação *versus* escores finais dos domínios. Distribuição entre todas as ocupações e comparação entre situações “sem atividade” (do lar, aposentados, auxílio-doença, desempregados e estudantes) e “com atividade” (autônomos e empregados).

#### 4.4.6 – Escolaridade e escores

Associando-se as médias dos domínios ao grau de escolaridade, não se observou diferença estatisticamente significativa entre os diferentes grupos e os resultados obtidos, conforme demonstrado na figura 25.



**Figura 25:** Associação entre grau de escolaridade e escores finais dos domínios.

## 5. DISCUSSÃO

O número de evidências do efeito da R/E sobre a QV vem sendo cada vez mais estudado. No contexto das doenças crônicas, especificamente PVHA, os estudos realizados abordam diferentes aspectos, adequados e apropriados à conjuntura socioeconômica da população estudada, além de abordar questões de saúde pública e respeitando as diferenças culturais de cada comunidade, localidade, cidade ou país.

A partir de estudo realizado no Instituto de Infectologia Emílio Ribas entre 2007 e 2009 e que serviu de base para a Dissertação de Mestrado desta pesquisadora, 131 pacientes convivendo com HIV/aids em tratamento medicamentoso responderam ao questionário WHOQOL-HIV-Bref (*World Health Organization Quality of Life- HIV*). Nessa ocasião, foi observada uma significativa influência da R/E na QV desses pacientes (Carneiro, 2010). O aspecto religioso/espiritual chamou a atenção da pesquisadora e dos componentes do grupo de estudos envolvido, surgindo então a evolução da linha de pesquisa que motivou a realização do presente estudo.

Em nosso meio, na mesma linha de pesquisa, em 2012, Reis e colaboradores publicaram estudo com mulheres brasileiras vivendo com HIV/aids no Estado de São Paulo, avaliando a QV também através do questionário WHOQOL-HIV-Bref, encontrando no domínio “espiritualidade” os escores mais altos (65,7), seguidos pelos domínios “físico” (64,7), “psicológico” (60,6), “relações sociais” (59,5), independência (58,6) e “ambiente” (54,5).

Assim, é interessante observar os resultados de estudo realizado em 2006 por Cotton e colaboradores. Ao estudar 347 pacientes em tratamento para HIV/AIDS, 88 deles (25,0%) declararam-se “mais religiosos” após tomarem conhecimento do diagnóstico HIV e 142 (41,0%) declararam-se “mais espirituais” na mesma situação. Embora o estudo tenha sido realizado com questionário individualizado e elaborado pelos autores (não foi utilizado

instrumento validado, como neste trabalho), chama a atenção que 174 entrevistados (50,0%) declararam acreditar que a R/E “os ajudaria a viver mais”. Esse resultado, em especial, vem ao encontro dos dados obtidos neste estudo, onde o domínio 7 (esperança e otimismo) foi um dos que obteve as maiores médias, sendo as mais altas aquelas do grupo de religião evangélica. Cabe a ressalva que não é a crença religiosa que está em discussão, mas sim o apego à religiosidade e espiritualidade como fator de melhora da percepção de QV e, neste caso, otimismo.

A crescente inclusão de indicadores psicológicos positivos nas medidas de espiritualidade pode ser considerada preocupante. De acordo com esta abordagem, como já mencionado anteriormente, “espiritualidade” é definida e mensurada em termos de significado e propósito na vida, conexão social, tranquilidade, harmonia, bem-estar, contentamento e conforto. Gratidão, capacidade de perdoar, autodisciplina e outros valores humanos positivos também podem ser incluídos como indicadores de espiritualidade. Entretanto, pessoas com saúde mental debilitada (aqueles deprimidos, ansiosos, angustiados ou perturbados) vivenciam estas emoções psicologicamente positivas com menos frequência do que indivíduos mentalmente saudáveis. Definir espiritualidade desta maneira assegura que aqueles que são “espirituais” serão mentalmente saudáveis e exclui aqueles mentalmente comprometidos desta desejável classificação.

Além de questionários buscando avaliar a relação com R/E e QV, também os dados clínicos são utilizados em diversos estudos no mesmo contexto. Em estudo longitudinal de 2006, avaliando 100 pacientes, Ironson e colaboradores descrevem um aumento declarado na R/E em 45,0% dos pacientes entrevistados e, nesses pacientes, notou-se uma melhor preservação de resultados favoráveis para contagem de linfócitos TCD4+ e carga viral, independente da frequência de cultos, medicação antirretroviral (todos em tratamento), idade, sexo, raça, educação, comportamentos de saúde e outros fatores sociais específicos. Também nesse estudo não foi utilizado um instrumento validado, sendo as questões elaboradas pelos próprios pesquisadores.

No presente estudo, pudemos observar considerável diferença na percepção de QV em determinados domínios do questionário aplicado (conexão a ser, força espiritual e fé). Entretanto, as associações aqui realizadas não mostraram diferença nos valores de carga viral e contagem de linfócitos TCD4+, mesmo naqueles grupos com os menores escores. Embora metodologicamente diversa, a avaliação transversal deste estudo pode significar uma influência real da religiosidade e espiritualidade por si só, na QV de pacientes que apresentam resposta semelhante ao tratamento antirretroviral, em relação a pacientes ateus/agnósticos. Embora as percepções que definem a QV possam ser questionadas, no contexto das crenças, pela percepção diferente que ateus/agnósticos tem da religiosidade e espiritualidade, não há, no presente estudo, a interferência de fatores psicológicos negativos ou socioeconômicos desfavoráveis. Conforme já descrito acima, não houve diferença nos escores dos questionários entre os indivíduos, por exemplo, empregados ou não e que viviam com companhia ou não, bem como em diferentes níveis socioeconômicos. Assim, além de reforçar as diferenças observadas entre os grupos religiosos e de ateus/agnósticos, cabe lembrar que o WHOQOL-SRPB é instrumento validado pela OMS para avaliação de QV, baseando-se no contexto religiosidade e espiritualidade.

O valor da relação de religiosidade e espiritualidade com o tratamento para o HIV também encontra importância na própria adesão ao tratamento. Embora este estudo tenha selecionado sua amostra entre pacientes já em tratamento antirretroviral e acompanhamento médico, é interessante observar os resultados de McKinney (2014) e Kelly-Hanku (2014). O primeiro autor e seus colaboradores relatam maior e mais fácil adesão ao tratamento antirretroviral em pacientes HIV com algum tipo de crença religiosa/espiritual, enquanto o segundo descreve que os pacientes avaliados declaram como fundamental para a cura efetiva do “corpo material” com HIV que “se restaure uma boa relação com Deus” – mesmo mantendo o tratamento medicamentoso. Tratam-se de estudos em localidades absolutamente diversas (Maláui, no continente africano e Papua-

Nova Guiné, na Oceania), porém com a característica comum de abrigarem populações culturalmente muito religiosas/espiritualizadas, o que é levado em conta pelos agentes de saúde desses locais na condução do tratamento de uma doença, por vezes, endêmica (como no próprio continente africano). A importância de se compreender resultados de localidades geográfica e culturalmente tão diversas toma maior corpo ao considerarmos a diversidade étnico-religiosa do Brasil, sua extensão territorial quase continental e o número de pacientes em tratamento para HIV e suas diferentes crenças religiosas/espirituais.

A relação com religião e espiritualidade pode não estar limitada apenas à auto-percepção da QV. PVHA também podem acabar modificando comportamentos e atitudes em função de sua orientação religiosa/espiritual – o que pode influir, por exemplo, no tratamento e mesmo na disseminação do vírus HIV. Nesse sentido, estudo de Rakotoniana e colaboradores (2014) avaliou, em Madagascar, a influência dos líderes religiosos sobre o comportamento de seus fiéis – portadores ou não do vírus HIV. Observaram que a maior parte desses líderes tinha conhecimento sobre a aids, sua transmissão e prevenção (até 91,8%) e um considerável número deles (39,4%) dispunha-se a recomendar ou mesmo já recomendava (27,7%) o uso de preservativo. Esse tipo de atitude contribui para a prevenção da transmissão do HIV e, eventualmente, pode também melhorar a aceitação e mesmo a adesão ao correto tratamento antirretroviral. Na mesma linha, uma revisão sistemática de Shaw e colaboradores (2014) incluiu 137 estudos envolvendo a influência da religião na prevenção de transmissão do HIV, considerando-se afiliação religiosa (n=57), apenas religiosidade (n=48) e tanto afiliação religiosa como religiosidade (n=32). A maioria dos estudos incluídos identificou religiosidade mais forte como sendo associada a níveis menores de risco sexual para HIV e este achado persistiu, porém mais fraco, quando o desfecho considerado era o uso de preservativo.

Evidentemente, não só religiosidade e espiritualidade devem ser avaliadas na percepção da QV de pacientes HIV, mas certas características

e manifestações específicas deste tipo de doença precisam ser levadas em consideração ao longo do acompanhamento dos pacientes. Estudo realizado em 2013 com 292 pacientes em tratamento para HIV/aids, no sudoeste dos EUA por Dalmida e colaboradores mostrou um alto índice de sintomatologia depressiva nesses pacientes (56,7%), sendo que as chances de estar deprimido foram significativamente associadas com gênero de nascimento (feminino), orientação sexual (gay/bissexual), situação marital (solteiros), pouca satisfação com suporte social e enfrentamento religioso negativo (OR=1,22 IC 95% 1,14-1,31). A presença da religiosidade como fator de influência em sintomas depressivos reforça a importância deste aspecto, de maneira clara, na QV final destes pacientes, uma vez que, no referido trabalho, aqueles pacientes com manifestações de depressão relataram desfechos de saúde significativamente piores, incluindo pior adesão à medicação, contagens mais desfavoráveis de linfócitos TCD4+ e pior QV relacionada à saúde. Chaudoir e colaboradores também demonstraram, em publicação de 2012, associação positiva da “paz espiritual” como moderadora do efeito “estigma HIV” no surgimento de manifestações depressivas em uma população de 465 pacientes. No presente estudo, embora não tenham sido observadas alterações laboratoriais nas contagens de linfócitos TCD4+ e carga viral, estes dados encontram coerência com a obtenção dos maiores escores finais de QV nos grupos religiosos/espiritualizados, em relação àqueles ateus/agnósticos.

No presente estudo, 28% da amostra (63 pacientes) tinham idade de 50 anos ou mais. Embora não tenha sido observada diferença significativa nos escores de QV e na proporção entre religiosos/espiritualizados e ateus/agnósticos nessa faixa etária, é interessante notar que se trata de mais de um quarto da amostra estudada. O envelhecimento da população vivendo com HIV/aids é fato inexorável e os estudos relacionados a R/E e QV começam a direcionar foco para essa faixa etária específica, como estudo de 2011, realizado nos EUA por Vance e colaboradores. Nessa publicação, os autores levantam questionamentos e sugerem possíveis barreiras para um envelhecimento com QV nos pacientes vivendo com

HIV/aids. Por fim, ao sugerirem maneiras e estratégias para se conseguir esse envelhecimento com qualidade, destacam vários fatores de maior ou menor importância, chegando a quatro fatores principais: prevenção da doença e suas disfunções, envolvimento de maneira ativa com a vida, maximização da saúde física e cognitiva e espiritualidade em contexto de desenvolvimento pessoal. Em recente estudo realizado por Slomka e colaboradores (2013), dezesseis pacientes considerados “sobreviventes de longo prazo” foram avaliados, com média de idade de 50,13 anos ( $dp=8,3$ ) e tempo médio de diagnóstico de 16,75 anos ( $dp=5,98$ ). Na abordagem de possíveis mecanismos relatados pelos pacientes como de ajuda para melhor enfrentamento do viver com HIV, foram destacados como de fundamental importância, pela maioria dos pacientes, a força de uma boa relação paciente-profissional de saúde e significados pessoais derivados de R/E.

Os dados obtidos no presente estudo expressam, a partir de observação transversal utilizando-se questionário validado, a percepção da QV de pacientes de diversas classes sociais, etnias, idades e crenças religiosas, no contexto religioso/espiritual. Não se pode ignorar um fato primordial. Os pacientes aqui estudados fazem parte de uma enorme parcela da população brasileira obrigada ao convívio diário com uma difícil realidade, a de se conviver com uma doença crônica, com consequências biológicas, psicológicas, de estigmatização social e, até o presente momento, apesar da existência do tratamento medicamentoso, ainda considerada incurável. Assim, é evidente que a avaliação e o acompanhamento destes pacientes requer uma abordagem multiprofissional em qualquer nível do sistema da saúde responsável pelo tratamento. A busca de uma boa QV, sendo ou não relacionada a fatores religiosos e espirituais, torna-se claro objetivo para a totalidade dos pacientes em tratamento – incluindo aqueles que fizeram parte deste estudo. As associações e observações dos dados obtidos permitem a percepção de certas situações e trazem à luz aspectos já conhecidos – mas talvez não antes demonstrados – de como a “força”, se é que se pode chamar assim, da espiritualidade e religiosidade pode influenciar na percepção de algo tão precioso e fundamental – e que talvez

se torne ainda mais precioso – que é o prazer em desfrutar da própria vida. Embora não seja, evidentemente, fator isolado responsável por diferenças na percepção de QV, há que se reconhecer o efeito positivo desse aspecto, mesmo quando a situação parece negativa, pois a percepção religiosa/espiritual da QV pode significar a busca de forças para acordar e viver o dia seguinte, certo de que o próximo virá, ou pode representar a certeza de conforto e paz, quando se acredita que o próximo dia talvez não chegue.

### **5.1 – Limitações do estudo**

Em se tratando de seleção sequencial da amostra, não foi pré-determinado um número fixo de participantes para este estudo, apesar da quase totalidade de pacientes terem sido considerados adequados para inclusão (apenas um não preencheu o questionário de forma correta e completa e não foi possível a obtenção dos dados laboratoriais necessários em cinco) e o número ter se mostrado válido.

No entanto, talvez seja importante que estudos futuros adotem estratégias de seleção mais específicas para que se possa detectar maior magnitude de efeito nas variáveis analisadas do que aquela identificada neste grupo, altamente selecionado, porém heterogêneo.

Foi utilizado no presente estudo o questionário WHOQOL-SRPB, instrumento validado pela OMS para mensuração de QV, no contexto de R/E. A escolha do instrumento, no início do projeto, foi feita por ser de fácil aplicação e permitir adequada interpretação dos dados, com o intuito de manter válidas as percepções que somam, ao final, escores de QV. Entretanto, QV é um conceito em constante evolução e, no mundo moderno, pode ter sua determinação influenciada por outros fatores, como situação familiar, socioeconômica e financeira, cultural ou mesmo “secular” – itens que não são contemplados no WHOQOL-SRPB e que, eventualmente,

poderiam alterar os escores de percepção de QV. Assim, reconhecemos também que estudos futuros nesta mesma linha de pesquisa podem se tornar interessantes ao incluírem mais de um instrumento validado, abordando, além do aspecto R/E, questões específicas do viver que possam enriquecer as discussões e a avaliação final da QV.

## CONCLUSÃO

Neste estudo, pudemos concluir que a religiosidade/espiritualidade apresenta efeito positivo na percepção de qualidade de vida em pacientes convivendo com HIV/aids, em relação a pacientes que se declararam sem crença alguma (ateus/agnósticos).

Considerando-se as associações e relações entre características clínicas e de resposta ao tratamento da doença, determinadas pelos resultados de exames laboratoriais específicos (contagens de linfócitos e dosagens de carga viral) e os escores obtidos no preenchimento dos questionários, concluímos não haver influência destas características, por si só, na qualidade de vida desses pacientes – mesmo naqueles com evidências laboratoriais comprovadas de evolução clínica desfavorável.

Finalmente, nesses pacientes, considerando-se as relações e associações entre dados de evolução clínica (exames laboratoriais) e religiosidade/espiritualidade, não foi necessária a associação de dados laboratoriais indicativos de resposta desfavorável ao tratamento medicamentoso ou piora clínica para percepção de melhor qualidade de vida, permanecendo sempre os maiores escores relacionados à religiosidade/espiritualidade.

O estudo ora apresentado buscou contribuir, na área da saúde, para a melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids. Com base nas conclusões aqui descritas, é possível contribuir para discussões na formação e atuação de todos os profissionais de saúde envolvidos com intervenções e tratamentos de pessoas vivendo com HIV/aids, sendo evidente o aprimoramento que se oferece no conhecimento do processo saúde-doença, com novo e comprovado entendimento do papel que religiosidade e crenças espirituais acabam por exercer nos pacientes envolvidos, influenciando diversos aspectos de sua saúde, desde o diagnóstico ao tratamento e, certamente, sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson KJ, Pullen CH. Physical activity with spiritual strategies intervention: a cluster randomized trial with older African American women. *Res Gerontol Nurs* 2013; 6(1):11-21.

Ando M, Morita T, Akechi T, Okamoto T. Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39(6):993-1002.

Baer M, Roberts J. Complex HIV treatment regimens and patient quality of life. *Canadian Psychology* 2002; 43(2):115-21

Bastos, F. I. *Aids na terceira década*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

Becker G, Momm F, Xander C, Bartelt S, Zander-Heinz A, Budischewski K et al. Religious belief as a coping strategy: an explorative trial in patients irradiated for head-and-neck cancer. *Strahlenther Onkol*. 2006; 182(5):270-6.

Bekelman D, Dy M, Becker D, Wittstein I, Hendricks D, Yamashita T, Gottlieb S. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *J Gen Inter Med* 2007; 22:470-7.

Berntson G, Norman G, Hawkley L, Cacioppo J. Spirituality and autonomic cardiac control. *Ann Behav Med* 2008; 35(2):198-208.

Bonelli R, Dew RE, Koenig HG, Rosmarin DH, Vasegh S. Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. *Depress Res Treat*. 2012.

Bormann J, Gifford A, Shively M, Smith T, Redwine L, Kelly A et al. Effects of spiritual mantram repetition on HIV outcomes: a randomized controlled trial. *J Behav Med*. 2006; 29(4):359-76.

Bormann JE, Carrico AW. Increases in positive reappraisal coping during a group-based mantram intervention mediate sustained reductions in anger in HIV-positive persons. *Int J Behav Med* 2009; 16(1):74-80.

Borras L, Mohr S, Gillieron C, Brandt PY, Rieben I, Leclerc C et al. Religion and spirituality: how clinicians in Quebec and Geneva cope with the issue when faced with patients suffering from chronic psychosis. *Community Ment Health J* 2010; 46(1):77-86.

Brady M, Peterman A, Fitchett G, Mo M, Cella D. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology* 1999; 8(5):417-28.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. "Declaração dos direitos fundamentais da pessoa portadora do vírus da Aids". Artigo II. São Paulo: IMESP; 1989.

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ano III - nº 1 - 27ª à 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2013 .Ano III - nº 1 - 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolo\\_13\\_3\\_2014\\_pdf\\_28003.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolo_13_3_2014_pdf_28003.pdf)>. Acesso em: 24/11/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 130 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais; n. 84)

Breitbart W, Rosenfel D, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C et al. Meaning centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychooncology* 2010; 19(1):21-8.

Califano Jr J, Bush C, Chenault K, Dimon J, Fisher M, Fraser D et al. So help me God: Substance abuse, religion and spirituality. The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (CASA). 2010.

Carneiro AKJ. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com sorologia positiva para HIV, acompanhados ambulatorialmente no Instituto de Infectologia Emílio Ribas [dissertação]. São Paulo: Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa de pós-graduação em Ciências; 2010.

Cella D, Tulskey D, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A et al. The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 1993; 11:570-579.

Chaudoir S, Norton W, Earnshaw V, Moneyham L, Mugavero M, Hiers K. Coping with HIV stigma: do proactive coping and spiritual peace buffer the effect of stigma on depression ? *AIDS Behav* 2012; 16(8):2382-91.

Chequer P, Hearst N, Hudes E, Castilho E, Rutherford G, Loures L et al. Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982-1989. The Brazilian State AIDS Program Co-Ordinators. *AIDS* 1992; 6(5):483-7.

Chesney M, Folkman S. Psychological impact of HIV disease and implications for intervention. *Psychiatr Clin North Am* 1994; 17:163-82.

Chester D, Himburg S, Weatherspoon L. Spirituality of African-American women: correlations to health-promoting behaviors. *J Natl Black Nurses Assoc* 2006; 17(1):1-8.

Chida Y, Steptoe A, Powell L. Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review. *Psychother Psychosom*. 2009; 78(2):81-90.

Cohen M, Chen Y, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour M, Kumarasamy N et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2011; 365(6):493-505.

Cook CCH. Addiction and spirituality. *Addiction* 2004; 99:539-51.

Cotton S, Tsevat J, Szaflarski M, Kudel I, Sherman SN, Feinberg J et al. Changes in religiousness and spirituality attributed to HIV/AIDS - are there sex and race differences? *J Gen Intern Med* 2006; 21 Suppl 5:S14-20.

Cucchiaro G, Dalgalarondo P. Mental health and quality of life in pre- and early adolescents: a school-based study in two contrasting urban areas. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29(3):213-21.

Cunningham W, Shapiro M, Hays R, Dixon W, Visscher B, George W et al. Constitutional symptoms and health-related quality of life in patients with symptomatic HIV disease. *Am J Med* 1998; 104(2):129-36.

Curlin F, Lawrence R, Chin M, Lantos J. Religion, conscience, and controversial clinical practices. *N Engl J Med* 2007; 356(6):593-600.

Dalmida S, Koenig H, Holstad M, Wirani M. The psychological well-being of people living with HIV/AIDS and the role of religious coping and social support. *Int J Psychiatry Med* 2013; 46(1):57-83.

Daugherty C, Fitchett G, Murphy P, Peterman A, Banik D, Hlubocky F et al. Trusting God and medicine: Spirituality in advanced cancer patients volunteering for clinical trials of experimental agents. *Psychooncology* 2005; 14(2):135-146.

Dein S, Cook C, Koenig H. Religion, spirituality, and mental health: current controversies and future directions. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200:852-5.

Djuric Z, Mirasolo J, Kimbrough L, Brown DR, Heilbrun L, Canar L et al. A pilot trial of spirituality counseling for weight loss maintenance in African American breast cancer survivors. *J Natl Med Assoc* 2009; 10(6):552-64.

Duru O, Sarkisian C, Leng M, Mangione C. Sisters in motion: a randomized controlled trial of a faith based physical activity Intervention. J Am Geriatr Soc 2010; 58(10):1863-9.

Ehman J, Ott B, Short T, Ciampa R, Hansen-Flaschen J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? Arch Intern Med. 1999; 159(15):1803-6.

Elliot A, Russo J, Roy-Byrne P. The effect of changes in depression on health related quality of life (HRQoL) in HIV infection. Gen Hosp Psychiatry 2002; 24:43-7.

Evans D, Leserman J, Perkins D, Stern R, Murphy C, Zheng B et al. Severe life stress as a predictor of early disease progression in HIV infection. Am J Psychiatry 1997; 154(5):630-4.

FACIT (2007) Functional assessment of Chronic Illness Therapy. Welcome. <http://www.facit.org/FACITOrg/Questionnaires>. Acesso 08 de março de 2015.

Fetzer Institute (1999) Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for use in Health Research: A report of the Fetzer Institute/National institute on aging working group. Kalamazzo, Michigan: The Fetzer Institute, October. <http://fetzer.org/work> . Acesso 08 de março de 2015.

Fleck M, Borges Z, Bolognesi G, Rocha N. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Rev Saude Publica 2003; 37(4):446-55.

Fleck M, organizador. A Avaliação da qualidade de vida: Guia para Profissionais de Saúde. Porto Alegre. Artmed; 2008. 228p.

Fleck M, Skevington S. Explicando o significado do WHOQOL. Rev Psiqu Clin 2007; 34(1):146-9.

George L, Ellison C, Larson D. Explaining the relationship between religious involvement and health. *Psychol Inq* 2002; 13(3):190-200.

Gonçalves, J. Intervenções espirituais e/ou religiosas na saúde: revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos controlados[dissertação]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria. Programa de Pós-Graduação em Ciências; 2014.

Govindasamy D, Kranzer K, Ford N. Strengthening the HIV cascade to ensure an effective future ART response in sub-Saharan Africa. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2014; 108(1):1-3.

Guimarães H, Avezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev Psiquiatr Clin* 2007; 34(1):88-94.

Harris T, Ferrucci L, Tracy R, Corti M, Wacholder S, Ettinger W et al. Associations of elevated interleukin-6 and C-reactive protein levels with mortality in the elderly. *Am J Med* 1999; 106(5):506-12.

Hill P, Hood R. (1999) *Measures of Religiosity*. Birmingham, Alabama: Religious Education Press.

Hill P, Pargament K. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. *Am Psychol* 2003; 58:64-74.

Holmes W, Shea J. A new HIV/aids Targeted Quality of life (HAT-QOL) Instrument: development, reliability and validity. *Medical Care* 1998; 36:138-54.

Holt CL, Lee C, Wright K. A spiritually based approach to breast cancer awareness: Cognitive response analysis of communication effectiveness *J Health Commun.* 2008;23(1):13-22.

Holt C, Wynn T, Southward P, Litaker M, Jeames S, Schulz E. Development of a spiritually based educational intervention to increase informed decision

making for prostate cancer screening among church attending African American men. *J Health Commun* 2009; 14(6):590-604.

Holzemer W, Gygax Spicer J, Skodol Wilson H, Kemppainen J, Coleman C. Validation of the quality of life scale: living with HIV. *J Adv Nurs* 1998; 28(3):622-30.

Hoşrik E, Cüceloğlu A, Erpolat S. Therapeutic Effects of Islamic Intercessory Prayer on Warts. *J Relig Health* 2014; 1-8.

Huguelet P, Mohr S, Betrisey C, Borrás L, Gillieron C, Marie A et al. A randomized trial of spiritual assessment of outpatients with schizophrenia: patients' and clinicians' experience. *Psychiatr Serv* 2011; 62(1): 79-86.

Hull M, Lange J, Montaner J. Treatment as prevention – where next? *Curr. HIV/AIDS Rep* 2014; 11(4):496-504.

IBGE. Censo demográfico 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>

Idler E, Musick M, Ellison C, George L, Krause N, Ory M et al. Measuring multiple dimensions of religion and spirituality for health research: Conceptual background and findings from the 1998 General Social Survey. *Res Aging* 2003; 25:327-365.

Ironson G, Stuetzle R, Fletcher M. An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. *J Gen Int Med* 2006; 21(S5):S62-S68.

Justice A, Aiken L, Smith H, Turner B. The role of functional status in predicting inpatient mortality with aids: A comparison with current predictors. *J Clin Epidemiol* 1996; 49:193-201.

Ka'opua L, Park S, Ward M, Braun K. Testing the feasibility of a culturally tailored breast cancer screening intervention with Native Hawaiian women in rural churches. *Health Soc Work* 2011; 36(1):55-65.

Kelly-Hanku A, Aggleton P, Shih P. "We call it a virus but I want to say it's the devil inside": redemption, moral reform and relationships with God among people living with HIV in Papua New Guinea. *Soc Sci Med* 2014; 119:106-13.

King M, Koenig H. Conceptualizing spirituality for medical research and health service provision. *BMC Health Serv Res* 2009; 9(1):116.

Kobayashi K, Green J, Shimonagayoshi M, Kanemoto N, Kasai R, Itoh Y et al. Validation of the care notebook for measuring physical, mental and life well-being of patients with cancer. *Qual Life Res* 2005; 14:1035-43.

Koenig H. Concerns about measuring "spirituality" in research. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196(5):349-55.

Koenig H. (2007b) *Spirituality in Patient care* (2<sup>nd</sup> Ed) Philadelphia, PA: Templeton Foundation Press.

Koenig H, Cohen H (2002) *The link between religion and health: psychoneuroimmunology and the faith factor*. New York: Oxford University Press.

Koenig H, George L, Peterson B. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry* 1998; 155(4):536-42.

Koenig H, King D, Carson V. *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press; 2012.

Koenig H, McCullough M, Larson D. (2001) *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.

Koenig H. Religion and Medicine II: Religion, mental health and related behaviors. *Int J Psychiatry Med* 2001; 31(1):97-109.

Koenig H. Religion and remission of depression in medical in patients with heart failure/pulmonary disease. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195(5):389-95.

Koenig H. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *South Med J* 2003; 97(12):1194-200.

Koenig H. Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13:213-24.

Koszycki D, Raab K, Aldosary F, Bradwejn J. A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: a pilot randomized trial. *J Clin Psychol* 2010; 66(4):430-41.

Krause N (2008) *The kingdom of heaven is in the midst of you: reflections on social relationships in the church and health in late life*. Philadelphia, PA: Templeton Foundation Press. Introduction (forthcoming).

Larson J. The world health organization's definition of health: social vs. spiritual health. *Soc Indic Res* 1996; 38:181-192.

Leplège A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *JAMA* 1997; 278:47-50.

Leplège A, Rude N, Ecosse E, Ceinos R, Dohin E, Pouchot J. Measuring quality of life from the point of view of HIV-positive subjects: the HIV-QL31. *Qual Life Res* 1997; 6:585-94.

Leserman J, Petitto J, Golden R, Gaynes B, Gu H, Perkins D et al. Impact of stressful life events, depression, social support, coping, and cortisol on progression to aids. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1221-8.

Levin J, Vanderpool H. Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion. *Soc Sci Med* 1987; 24(7):589-600.

Lucchetti G, Granero A, Bassi R, Latorraca R, Nacif S. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Rev Bras Clin Med* 2010a; 8(2):154-8.

Lucchetti G, Granero A, Nobre F, Avezum A. Influência da religiosidade e espiritualidade na hipertensão arterial sistêmica. *Rev Bras Hipertens*. 2010b; 17(3):186-8.

Lucchetti G, Lucchetti A, Avezum A. Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares. *Rev Bras Cardiol* 2011; 24(1):55-7.

Lucchetti G, Lucchetti A, Vallada HP. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. *Sao Paulo Med J* 2013; 131(2):112-22.

Lukoff D, Lu F, Turner R. Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. *Psychiatr Clin North Am* 1995; 18:467–85.

Lutgendorf S, Russell D, Ullrich P, Harris T, Wallace R. Religious participation, interleukin-6, and mortality in older adults. *Health Psychol* 2004; 23(25):465-75.

Marins J, Jamal L, Chen S, Barros M, Hudes E, Barbosa Jr A et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS* 2003; 17:1675-82.

Matida L, Ramos Jr A, Marques H, Della Negra M, Succi R, Hearst N. Ampliação da sobrevivência de crianças com aids: uma resposta brasileira sustentável. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico AIDS DST, Brasília, Ano V, n. 1, 2008. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim2008\\_versao1\\_6.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim2008_versao1_6.pdf). Acesso em: 20 mai. 2014.

McClain C, Rosenfeld B, Breithart W. Effects of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally ill cancer patients. *Lancet* 2003; 361:1603-7.

McCord G, Gilchrist V, Grossman S, King B, McCornick K, Oprandi A et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Ann Fam Med* 2004; 2(4):356-61.

McCullough M, Hoyt W, Larson D, Koenig H, Thoresen C. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychol* 2000; 19(3):211-22.

McKinney O, Modeste N, Lee J, Gleason P, Maynard-Tucker G. Determinants of antiretroviral therapy adherence among women in southern Malawi: healthcare providers' perspectives. *AIDS Res Treat* 2014; 489370.

Miller W, Thoresen C. Spirituality, religion, and health: an emerging research field. *Am Psychol* 2003; 58(1):24-35.

Mofidi M, DeVellis R, DeVellis B, Blazer D, Panter A, Jordan J. The relationship between spirituality and depressive symptoms: Testing psychosocial mechanisms. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195:681-8.

Montaner J, Lima V, Barrios R, Yip B, Wood E, Kerr T et al. Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: a population-based study. *Lancet* 2010; 376(9740):532-9.

Moreira-Almeida A, Lotufo F, Koenig H. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28(3):242-50.

Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sócio-demográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev Psiq Clín* 2010; 37(1):12-5.

Moreira-Almeida A, Koenig H. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's "a cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" (62: 6, 2005, 1486-1497). *Soc Sci Med* 2006; 63(4):843-5.

Mrus J, Sherman K, Leonard A, Sherman S, Mandell K, Tsevat J. Health values of patients coinfectd with HIV/hepatitis C: are two viruses worse than one? *Med Care* 2006; 44:158-66.

Mueller P, Plevak D, Rummans T. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc* 2001; 76(12):1225-35.

NCI (2007) Spirituality in cancer care, national cancer institute. <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/spirituality/HealthProfessional>. Acesso 08 de março de 2015.

Nelson C, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion and depression in the terminally ill. *Psychosomatics* 2002; 43:213-20.

Olver I, Dutney A. A randomized, blinded study of the impact of intercessory prayer on spiritual well-being in patients with cancer. *Altern Ther Health Med* 2011; 18(5):18-27.

Oyama O, Koenig H. Religious beliefs and practices in family medicine. *Arch Fam Med* 1998; 7(5):431-5.

Paloutzian R, Ellison C. (1982) Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In LA Peplau, D Perlman (Eds), *Loneliness: A Sourcebook of current theory, Research and therapy*. New York: John Wiley & Sons.

Pan American Health Organization (PAHO); World Health Organization (WHO). HIV Continuum of Care Monitoring Framework 2014. Disponível em: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=25746&Itemid=>](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=25746&Itemid=>). Acesso em: 24 nov. 2014.

Pargament K. The psychology of religion and spirituality? Yes and no. *Int J Psychol Relif* 1999; 9:3-16.

Pargament K, Koenig H, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients. *Arch Intern Med* 2001; 161(15):1881-5.

Paterson D, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis E, Squier C et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Int Med* 2000; 133(1):21-30.

Peterman A, Fitchett G, Brady M, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer. The functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med* 2002; 24:49-58.

Phillips A, Dunn D, Sabin C, Pozniak A, Matthias R, Geretti A. Long term probability of detection of HIV-1 drug resistance after starting antiretroviral therapy in routine clinical practice. *AIDS* 2005; 19(5):487-94.

Powell L, Shahabi L, Thoresen C. Religion and spirituality: linkages to physical health. *Am Psychol* 2003; 58(1):36-52.

Puchalski C. Spirituality and the care of patients at the end-of-life: as essential component of care. *Omega (Westport)* 2007; 56(1):33-46.

Puchalski CM. Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of oncology*. 2012;23(suppl 3):49-55.

Rakotoniana J, Racotomanga Jde D, Barenes H. Can churches play a role in combating the HIV/AIDS epidemic? A study of the attitudes of Christian religious leaders in Madagascar. *PLoS One* 2014; 9(5):e97131.

Reicks M, Mills J, Henry H. Qualitative study of spirituality in a weight loss program: Contribution to self-efficacy and locus of control. *J Nutr Educ Behav* 2004; 36(1):13-9.

Reis R, Santos C, Gir E. Quality of life among Brazilian women living with HIV/AIDS. *AIDS Care* 2012; 24(5):626-34.

Rezende E, Vasconcelos A, Pereira M. Causes of death among people living with HIV/AIDS in Brazil. *Braz J Infect Dis* 2010; 14(6):558-63.

Rosendahl J, Tigges-Limmer K, Gummert J, Dziewas R, Albes J, Strauss B. Bypass surgery with psychological and spiritual support (the By. pass study): study design and research methods. *Am Heart J* 2009; 158(1):8-14.

Ross L. The spiritual dimension: its importance to patients. health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *Int J Nurs Stud* 1995; 32:457-68.

Rusch M, Nixon S, Schilder A, Braitstein P, Chan K, Hogg R. Impairments, activity limitations and participation restrictions: Prevalence and associations among persons living with HIV/aids in British Columbia. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2:46.

Salandar P. Who needs the concept of "spirituality"? *Psychooncology* 2006; 15:647-9.

Santagostino A, Garbaccio G, Pistorio A, Bolis V, Camisasca G, Pagliaro P et al. An italian national multicenter study for the definition of reference ranges for normal values of peripheral blood lymphocyte subsets in healthy adults. *Haematologica* 1999; 84: 499-504.

Sawatzky R, Ratner P, Chiu L. A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Soc Indic Res* 2005; 72(2):153-88.

Saxena S. A cross-cultural study of spirituality, religion and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med* 2006; 62:1486-97.

Seligman M, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an Introduction. *Am Psychol* 2000; 55(1):5-14.

Seybold K, Hill P. The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Curr Dir Psychol Sci* 2001; 10:21-4.

Shaw S, El-Bassel N. The influence of religion on sexual HIV risk. *AIDS Behav* 2014; 18:1569-94.

Shearer W, Rosenblatt H, Gelman R, Oyomopito R, Plaeger S, Stiehm E et al. Lymphocyte subsets in healthy children from birth through 18 years of age. *J Allergy Clin Immunol* 2003; 112(5): 973-80.

Sheldrake P (2007) *A brief history of spirituality*. Boston, MA. Blackwell Publishing.

Singer P, Martin D, Kelner M. Quality end-of-life care. *JAMA* 1999; 281:163-8.

Sloan R, Bagiella E, Powell T. Religion, spirituality and medicine. *Lancet*. 1999; 353(9153):664-7.

Slomka J, Lim J, Gripshover B, Daly B. How have long-term survivors coped with living with HIV ? *J Assoc Nurses AIDS Care* 2013; 24(5):449-59.

Smith C, Denton M. (2005) *Soul searching: The religious and spiritual lives of American teenagers*. New York, NY: Oxford University Press.

Smith T, McCullough M, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull* 2003; 129:614–36.

Smith R. Adherence to antiretroviral HIV drugs: how many doses can you miss before resistance emerges? *Proc Biol Sci* 2006; 273(1586):617-24.

Stanton D, Wu A, Moore R, Rucker S, Piazza M, Abrams J et al. Functional status of persons with HIV infection in an ambulatory setting. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1994; 7:1050-6.

Starace F, Cafaro L, Abrescia N, Chiriani A, Izzo C, Rucci P et al. Quality of life assessment in HIV-positive persons: application and validation of the WHOQOL-HIV, Italian version. *AIDS Care* 2002; 14(3):405-15.

Stein E, Kolidas E, Moadel A. Do spiritual patients want spiritual interventions? A qualitative exploration of underserved cancer patient's perspectives on religion and spirituality. *Palliat Support Care* 2013; 6:1-7.

Tostes MA. Qualidade de vida de mulheres com a infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); 1998.

Tsuang M, Simpson J, Koenen K, Kremen W, Lyons M. Spiritual well-being and health. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195:673-80.

Tsuang M, Williams M, Simpson J, Lyons M. Pilot study of spirituality and mental health in twins. *Am J Psychiatry* 2002; 159:486-8.

Underwood L, Teresi J. The daily spiritual experiences scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis and preliminary construct validity using health-related data. *Ann Behav Med* 2002; 24:22-33.

Vader J. Spiritual health: the next frontier. *Eur J Public Health* 2006;16:457.

Vance D, Brennan M, Enah C, Smith G, Kaur J. Religion, spirituality, and older adults with HIV: critical personal and social resources for an aging epidemic. *Clin Interve Aging* 2011; 6:101-9.

Walker S, Tonigan J, Miller W, Corner S, Kahlich L. Intercessory prayer in the treatment of alcohol abuse and dependence: a pilot investigation. *Altern Ther Health Med* 1997; 3(6):79-86.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Soc Sci Med* 1998; 46(12):1569-85.

WHOQOL-SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med* 2006; 62(6):1486-97.

World Health Organization. Whoqol and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) -report on WHO Consultation. Geneva; 1998. (WHO/ MSA/MHP/98.2, 2-23)

Wu A. Quality of life assessment comes of age in the era of highly active antiretroviral therapy. AIDS 2000; 14(10):1449-51.

Yoshimoto S, Ghorbani S, Baer J, Cheng K, Banthia R, Malcarne V et al. Religious coping and problem solving by couples faced with prostate cancer. Eur J Cancer Care. 2006; 15(5):481-8.

## ANEXO I: Termo de consentimento livre e esclarecido



### SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título:** Espiritualidade e sua influência na adesão à terapia antiretroviral de pacientes portadores de HIV/aids do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

**Local:** Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER)

**Pesquisadora Principal:** Aretusa Koutsohristos Jannuzzi Carneiro  
**Comitê de Ética e Pesquisa do IIER:** Dra. Anna Christina Nunes D'Ambrosio  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa - Telefone: (11) 3896-1406

**Objetivo:** Esta pesquisa tem por objetivo estudar como a espiritualidade, religiosidade e crenças de pessoas com HIV/aids influenciam na sua qualidade de vida.

Estamos lhe convidando para participar da pesquisa, sendo você o "objeto" deste estudo, no que diz respeito à sua espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Sua participação consiste em responder um questionário apenas uma única vez, no próprio ambulatório. Não demora mais do que dez (10) minutos. Serão também analisados alguns dados clínicos (carga viral e contagem sérica de linfócitos-T-CD4+), mediante consulta de prontuário. Esses dados são confidenciais e não serão revelados individualmente. Essa pesquisa é considerada de risco "baixo", pois não acarreta qualquer mudança em seu tratamento médico atual, envolvendo apenas consulta e tabulação de dados médicos ao seu respeito, que serão mantidos e, sigilo o tempo todo. Como se trata de uma pesquisa, com o objetivo científico e acadêmico, não existe lucro e não é oferecido qualquer tipo de benefício, inclusive pagamento.

Caso não queira participar do estudo, isto não acarretará em danos no seu acompanhamento no IIER.

Você poderá se recusar a responder qualquer pergunta, caso não se sinta à vontade, ou ainda poderá desistir de responder o questionário, a qualquer momento. O questionário será lido e respondido somente por você, evitando assim qualquer interferência em sua resposta. Como os dados coletados são utilizados somente para fins científicos, seu sigilo e anonimato estão garantidos.

**Declaro para os devidos fins que fui esclarecido a respeito do questionário, e estou de acordo que o mesmo seja analisado como dados para fins científicos.**

Nome do participante (por extenso): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO II: WHOQOL-SRPB

### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

O quanto você se considera uma pessoa religiosa?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Como você se considera, enquanto membro de uma religião?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Se for o caso, a qual religião você pertence?					
Até que ponto você tem crenças espirituais?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Até que ponto você tem fortes crenças pessoais?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5

**CONEXÃO A SER OU FORÇA ESPIRITUAL**

Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a tolerar o estresse?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a compreender os outros?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual conforta/ tranquiliza você?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5

**SENTIDO NA VIDA**

Até que ponto você encontra um sentido na vida?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para você?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Até que ponto você sente que a sua vida tem uma finalidade?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Até que ponto você sente que está aqui por um motivo?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5

## ADMIRAÇÃO

Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? (por exemplo: natureza, arte, música)	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Até que ponto você se sente espiritualmente tocado pela beleza?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Até que ponto você tem sentimentos de inspiração (emoção) na sua vida?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Até que ponto você se sente agradecido por poder apreciar ("curtir") as coisas da natureza?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5

## TOTALIDADE E INTEGRAÇÃO

Até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, corpo e alma?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma?	muito insatisfeito 0 1	insatisfeito 2	nem satisfeito nem insatisfeito 3	satisfeito 4	muito satisfeito 5
Até que ponto você sente que a maneira em que vive está de acordo com o que você sente e pensa?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma coerência (harmonia) entre o que você faz, pensa e sente?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5

## FORÇA ESPIRITUAL

Até que ponto você sente força espiritual interior?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Até que ponto você pode encontrar força espiritual em épocas difíceis?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Até que ponto a sua força espiritual o ajuda a se sentir feliz na vida?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5

## PAZ INTERIOR

Até que ponto você se sente em paz consigo mesmo?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Até que ponto você tem paz interior?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Quanto você consegue sentir paz quando você necessita disso?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Até que ponto você sente um senso de harmonia na sua vida?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5

## ESPERANÇA & OTIMISMO

Quão esperançoso você se sente?	muito insatisfeito 1	insatisfeito 2	nem satisfeito nem insatisfeito 3	satisfeito 4	muito satisfeito 5
Até que ponto você está esperançoso com a sua vida?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Até que ponto ser otimista melhora a sua qualidade de vida?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Quanto você é capaz de permanecer otimista em épocas de incerteza?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5

**FÉ**

Até que ponto a fé contribui para o seu bem-estar?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia-a-dia?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Até que ponto a fé lhe dá força no dia-a-dia?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5
Até que ponto a fé o ajuda a gozar (aproveitar) a vida?	nada 1	muito pouco 2	mais ou menos 3	bastante 4	extremamente 5

## ANEXO III: Determinação do Nível socioeconômico

### SISTEMA DE PONTOS

#### Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

#### Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau	0
Primário completo/ Ginasial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau	1
Ginasial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo/ 1º. Grau completo	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ 2º. Grau completo	4
Superior completo	Superior completo	8

### CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

## **ANEXO IV: Características sócio-demográficas**

**Co-infecção:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_ **Registro:** \_\_\_\_\_

**Carga Viral:** \_\_\_\_\_ **Contagem Sérica de Linfócitos T**

**CD4+:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** ( ) masculino ( ) feminino

**Situação conjugal:** ( ) casado/ união livre; ( ) solteiro; ( ) separado/divorciado;

( ) viúvo; ( ) não informou

**Escolaridade:** ( ) analfabeto; ( ) fundamental; ( ) médio; ( ) superior; ( )

pós-graduação; ( ) não informou

**Cor da pele:** ( ) Branca; ( ) Preta; ( ) Parda; ( ) Indígena

**Ocupação:** ( ) Empregado; ( ) Autônomo; ( ) Aposentado; ( ) Do lar; ( )

Estudante; ( ) Auxílio doença; ( ) Desempregado

**Procedência:** ( ) Capital (SP); ( ) Região metropolitana; ( ) Interior de SP

**Crença:** ( ) Católica; ( ) Evangélica; ( ) Espírita – Kardecista; ( ) Afro-Brasileira;

( ) Outras Religiões; ( ) Espiritualizado sem Religião; ( ) Ateu/ Agnóstico

## ANEXO V: Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa



COORDENADORIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA "EMILIO RIBAS"

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Av. Dr. Arnaldo, 165 - Cerqueira César - São Paulo - SP

CEP: 01246-900 – TEL: 3896-1406

E-mail: comitedeetica-ier@ig.com.br

### PARECER

PROCOLO DE PESQUISA N.º 89/11

PARECER N.º 050/2012

Data: 16/3/2012

*Título da Pesquisa: "Espiritualidade e sua influência na adesão à terapia antiretroviral de pacientes portadores de HIV/AIDS do Instituto de Infectologia Emilio Ribas"*

*Investigador Principal: Dr. Roberto Focaccia*

*Autor Principal: Aretusa Koutschristis Jannuzzi*

**CONSIDERAÇÕES:** O Comitê de Ética em Pesquisa considera respondidas as pendências do parecer anterior e Aprova o estudo e seu TCLE.

(X) APROVADO

( ) REPROVADO

( ) COM PENDÊNCIAS- OBS.: a ausência de resposta em 60 dias, acarretará em arquivamento do processo por falta de interesse do pesquisador.

TEMÁTICA ESPECIAL

SIM  NÃO

CONEP

SIM  NÃO

SVS (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA)  SIM  NÃO

  
Dra. Anna Christina Nunes D'Ambrosio  
Coordenadora Do Comitê de Ética em Pesquisas - I.I.E.R

## ANEXO VI: Aprovação do novo título



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE  
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS  
DIVISÃO CIENTÍFICA  
SERVIÇO DE ENSINO E PESQUISA  
Seção de Pesquisas e Trabalhos Científicos



### DECLARAÇÃO

Declaramos, que consta em nossos registros o Protocolo de Pesquisa nº 89/2011, tendo como Pesquisador Responsável no Instituto de Infectologia Emílio Ribas o Dr. Edgar de Bortholi Santos, Pesquisadora Principal a Fisioterapeuta Aretusa Koutsouhristos jannuzzi Carneiro e Orientadores: Prof. Dr. Roberto Focaccia e Profa. Dra. Elvira Maria Ventura Filipe. O referido trabalho a pedido da pesquisadora principal teve o título alterado para: "ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E CRENÇAS PESSOAIS DE PESSOAS VIVIENDO COM HIV/AIDS EM TRATAMENTO NO INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS" em 24/06/2015. Nada mais.

São Paulo, 24 de junho de 2015.

Profa. Dra. Maria Aparecida Telles Guerra  
Chefe da Seção de Pesquisas e Trabalhos Científicos